Zur Austilgung der Syphilis



von

Dr. E. Kromayer

ZUR

AUSTILGUNG DER SYPHILIS

ZUR

AUSTILGUNG DER SYPHILIS

ABOLITIONISTISCHE BETRACHTUNGEN

ÜBER

PROSTITUTION, GESCHLECHTSKRANKHEITEN

UND VOLKSGESUNDHEIT

NEBST

VORSCHLÄGEN ZU EINEM SYPHILISGESETZ

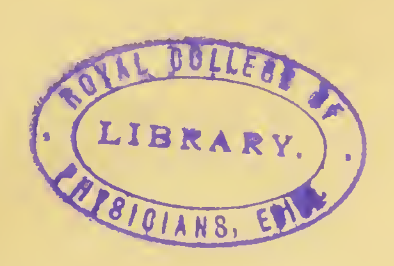
VON

DR. MED. ERNST KROMAYER

PRIVATDOCENTEN DER DERMATOLOGIE UND SYPHILIS

A. D. UNIVERSITÄT HALLE A. S.

MIT 7 CURVENTAFELN



BERLIN

VERLAG VON GEBRÜDER BORNTRAEGER

1898

Vorwort.

Mit Abolitionismus bezeichnet man die Bestrebungen, die polizeiliche Aufsicht und ärztliche Controlle der Prostitution, die sogenannte Reglementirung, aufzuheben. Die Abolitionisten verwerfen die Reglementirung der Prostitution vom juristischen, moralischen und hygienischen Standpunkt.

Dass das Verfahren der Polizei den Prostituirten gegenüber in den wenigsten Staaten durch die bestehende Gesetzgebung vollkommen gerechtfertigt ist, glaube auch ich annehmen zu dürfen; doch enthalte ich mich als Nichtjurist billigerweise des Urtheils; dass vom moralischen Standpunkte die Reglementirung der Prostitution verwerflich ist, dem wird wohl kein Einsichtiger widersprechen.

Diese Erkenntniss darf jedoch nicht hindern, frei von Sentimentalität und Vorurtheil objectiv zu untersuchen, ob die bisherigen polizeilichen und hygienischen Maassnahmen wirklich keinen Nutzen für die Volksgesundheit geschaffen haben, wie die Abolitionisten behaupten, oder ob das Gegentheil der Fall ist.

Das Facit dieser in der vorliegenden Schrift niedergelegten Untersuchungen ist nur theilweise günstig für die bisherige Hygiene der Prostitution.

Der erste Schritt zur Besserung ist aber auch hier wie überall, die Wahrheit zu suchen und wenn man sie gefunden glaubt, ihr muthig ins Gesicht zu sehen, so abschreckend sie auch sein mag. Der zweite Schritt, die Grenzen des menschlichen Könnens der neuen Erkenntniss gemäss abzustecken und gangbare Wege, die zu

diesen Grenzen führen, aufzufinden. Das wird in der „Kritik“ und „Reorganisation“ der Controlle und in den „Vorschlägen zu einem Syphilisgesetz“ versucht.

Die Schrift wendet sich in erster Linie an Aerzte und Staatsbeamte, die mit der Prostitution zu thun haben; sie wendet sich in zweiter Linie aber auch an alle, die Interesse nehmen an dieser wichtigen socialen und hygienischen Frage. Zeigt es sich doch zuweilen, dass die Wissenschaft und der Büreaukratismus nicht die Kraft in sich selbst finden, von überkommener Doctrin und Schablone den Blick wegzuwenden, und dass neue Wahrheiten erst im Volke Wurzel fassen müssen, bevor die berufenen Fachmänner sie zu erkennen im Stande sind.

Möge daher diese Schrift auch im weiten Kreise des ganzen Volkes wirken zu der neuen Erkenntniss, dass es möglich ist, die Syphilis auszutilgen, und zu dem Willen, diese Möglichkeit zur Thatsache zu machen.

Halle a. S., im Februar 1898.

Dr. Kromayer.

Inhaltsverzeichniss.

I. Einleitung: Entstehung und Beseitigung der Prostitution.

Die Prostitution kann man definiren als Feilbieten und Benutzen des geschlechtlichen Verkehrs gegen Geld und Geldeswerth.

Sie hat zwei Grundursachen: 1. die aggressive Geschlechtslust des Mannes, die über die durch Gesetz und Sitte gezogenen Schranken hinaus nach Befriedigung drängt; 2. die Ohnmacht der Frau, diesem Geschlechtstrieb widerstehen zu können.

Alle Momente, die die Prostitution befördern oder beeinträchtigen, lassen sich um diese beiden Grundursachen gruppiren.

Die Verbindung der Geschlechter in der Prostitution ist nicht Liebe, sondern Kampf, in dem der Mann erbarmungsloser Sieger, die Frau verachtete Besiegte ist.

Alle Momente, welche die Stellung des Mannes über die der Frau erheben, welche sein Herrschergefühl und seinen Geschlechtstrieb heben, vermehren die Prostitution ebenso, wie alle die Momente, welche die Stellung der Frau herabdrücken und ihre Selbstständigkeit beeinträchtigen.

Der Charakter des Mannes und sein Verhältniss zur Frau geben der Prostitution das jeweilige Gepräge.

So sehen wir im Alterthum, bei den trägen und doch herrschsüchtigen asiatischen Völkern, deren Frauen die Stellung von Sklavinnen einnehmen, die Prostitution ebenso ausschweifend wollüstig wie niedrig gemein, bei den geistig fein gebildeten Griechen aber die Prostitution zu so hoher und — der Ausdruck möge nicht missverstanden werden — edler Blüthe gelangen, dass die Trägerinnen der Prostitution nicht nur zu grossem Ansehen und Einfluss in

Kunst und Politik gelangt sind, sondern ihre Namen auch in der Geschichte dauernd einen Platz erhalten haben, wie der der Aspasia. Bei den rohen Römern nimmt dagegen die Prostitution dementsprechende rohe Formen an und artet unter den römischen Kaisern in scheussliche Widerwärtigkeiten aus.

Auch in unserer Zeit könnte ein sorgfältiger Beobachter sehr wohl Unterschiede in der Prostitution der einzelnen Völker finden und der englischen den Zug des Roh-sinnlichen, der deutschen des Gemüthvollen und der französischen des Sinnlich-pikanten geben.

Wo die Stellung der Frau an sich eine tief untergeordnete ist, blüht die Prostitution, so im ganzen Alterthum. Bezeichnend ist, dass von Solon erzählt wird, er habe, um Frauen und Töchter der Bürger zu schützen, einfach gesetzmässig die Prostitution und die Bordelle in Athen eingeführt; es war das eben leicht, denn das weibliche Material war in Sklavinnen schnell und bequem zu beschaffen. Das Gleiche gilt von Rom; das weibliche Prostitutionsmaterial war in Masse vorhanden, und so sehen wir hier, nachdem in der Kaiserzeit die Schranken früherer Sitte gefallen sind, die Prostitution in wohl nie wieder erreichter Weise sich entwickeln.

Diesen Parallelismus zwischen Prostitution und niedriger Stellung der Frau scheint auch ein Blick zu bestätigen auf die alten Germanen, deren Sittenreinheit Hand in Hand geht mit einer grösseren Achtung der Frau. Indessen spielen doch hier wie überall noch eine grosse Reihe anderer Momente mit. Die grössere Achtung vor der Frau, auch besonders nach Einführung des Christenthums, hat doch nicht verhindert, dass bei uns sich eine grosse Prostitution gebildet hat.

Die Ohnmacht der Frau, der Prostitution zu widerstehen, wird eben noch durch viele andere Verhältnisse hervorgerufen. Wenn auch angeborene Lasterhaftigkeit, Genuss- und Putzsucht, Trägheit zur Arbeit und schliesslich auch der Geschlechtstrieb selber manche Frau der Prostitution in die Arme treibt und immer

treiben wird, — wie es auch immer Verbrecher geben wird, — so ist doch die schlechte sociale Stellung grosser Volksklassen ganz gewiss die Hauptursache, dass die Prostitution so gross und weit verbreitet ist, denn die gebildeten und wohlhabenden Klassen liefern nur ausnahmsweise Prostituirte.

Es kommt jedoch noch hinzu, dass bei schlechten socialen Verhältnissen einiger Volksklassen natürlich andere um so besser stehen, und so der Geschlechtstrieb der Männer dieser Klasse eine Verstärkung und vor Allem die Mittel erhält, sich zu befriedigen auf Kosten der niedrigeren Volksklassen. So entsteht die Prostitution jetzt bei uns. Gelegenheitsursachen, wie besonders Kriege, die das Uebergewicht des Mannes über die Frau noch mehr betonen, lasse ich als unwesentlich für die Entstehung der Prostitution aus dem Spiel.

Wie im Alterthum die Sklavinnen das Gros der Prostituirten abgaben, so jetzt die niedrigen Volksklassen.

Die Prostitution ist der Sieg der Männer der wohlhabenderen Klassen über die Frauen und Mädchen der ärmeren Klassen.

Ist es möglich diesen Sieg zu verhindern?

Durch Einwirkung auf die Männer sicherlich nicht. Der männliche Geschlechtstrieb kennt keine Religion, kein Mitleid, keine Scheu. Nächst dem Hunger ist er der stärkste Trieb. Utopisten, die von dieser Seite etwas hoffen: Naturam expellas furca, tamen usque recurret.

Es bliebe also nur die Hoffnung auf Hebung der armen Volksklassen und insbesondere der socialen und wirthschaftlichen Stellung der Frau.

Nehmen wir nun einmal an — ganz abgesehen davon, ob es möglich ist oder nicht — es gelänge, die äusseren Glücksgüter so gleichmässig zu verteilen, und die Stellung der Frau so zu stärken, dass die Volksschichten, die jetzt das weibliche Material für die Prostitution liefern, diese Lieferungen einstellen könnten und auch thatsächlich einstellten, was geschähe dann?

Der männliche Geschlechtstrieb erhielte keine Befriedigung mehr bis zur Ehe, da sich keine weiblichen Prostituirten mehr fänden, ausser der geringen Zahl, die — ich will sagen aus angeborner Schwäche oder Lasterhaftigkeit — stets diesen Weg gehen würde. Was würde dann geschehen? Würde dann der Mann darauf verzichten seinen übermässigen Trieb zu befriedigen? Ich glaube Alles eher, als das.

Jetzt gebraucht er das Weib, um es dann zu verachten und in das Elend der Prostitution zu stossen. Was er für sich erlaubt hält, hält er unerlaubt für die, der er es anthut; denn mit Verachtung weist er den Gedanken zurück, eine Gefallene zu seiner legitimen Frau zu machen.

In seiner Zwangslage würde sich der Mann voraussichtlich zu den Zugeständnissen verstehen, die er jetzt instinctiv abweist, er würde dem anderen Geschlecht auch in geschlechtlichen Dingen Gleichberechtigung zuerkennen. Nicht mehr als geschändet durch den Mann gälte das Weib, das sich ihm liebend vereint, sondern ebenso berechtigt als er, hinterher in eine legale Ehe zu treten. Der Kampf der Geschlechter endete nicht mehr mit der Niederlage des Weibes in der Prostitution, sondern mit seiner Gleichberechtigung.

Das bedeutete natürlich eine vollkommene Umwälzung unserer jetzigen sittlichen Anschauungen und Gefühle auf diesem Gebiete, und es wären zur Beseitigung der Prostitution nicht nur nöthig eine völlige Umgestaltung unseres wirthschaftlichen Lebens, sondern auch die unserer Ethik und Aesthetik.

Ob das jemals eintreten wird?

Für die Gegenwart sind das Chimären. Diesen Weg darf der Hygieniker nicht einschlagen. Für ihn besteht die Prostitution vorläufig als etwas Festes, Unabänderliches, seine Aufgabe kann daher nur darin bestehen, die gesundheitsschädlichen Wirkungen der Prostitution festzustellen, und ihnen, so weit es möglich ist, entgegenzuarbeiten.

II. Prostitution und Hygiene.

Durch die Prostitution werden eine Reihe von Krankheiten, die „venerischen“ oder „Geschlechtskrankheiten“, verbreitet.

Dieser Verbreitung zu steuern, ist die Aufgabe der Hygiene.

Um untersuchen zu können, in wieweit die Hygiene diese ihre Aufgabe bis jetzt erfüllt hat, müssen wir vorher das Gebiet, auf dem sich diese Hygiene bewegt, kennen lernen und zwar

1. Die Geschlechtskrankheiten, die durch die Prostitution verbreitet werden.
2. Die Prostitution nach Grösse und Verbreitung.
3. Die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten unter den Prostituirten.
4. Die Häufigkeit der Geschlechtskrankheiten unter dem Volke.
5. Die bisherigen hygienischen Massnahmen.

1. Die durch die Prostitution verbreiteten Krankheiten.

Die Kenntniss der Geschlechtskrankheiten ist für das Verständniss der Hygiene unbedingt nothwendig, so dass ich in einem Buche, dass auch für weitere Kreise bestimmt ist, nicht umhin kann, eine kurze Beschreibung dieser Krankheiten zu geben. Der Arzt möge sie ruhig überschlagen; sie macht nicht den Anspruch, etwas Neues zu enthalten.

Man kann drei venerische Krankheiten unterscheiden: den Tripper (oder Gonorrhoe), den sogen. weichen Schanker und die Syphilis.

1. Die **Gonorrhoe** stellt beim Manne eine Entzündung der Harnröhrenschleimheit dar. In Folge der Entzündung sondert die Harnröhrenschleimhaut Eiter ab, der sich in der Harnröhre ansammelt und bei genügender Menge in Tropfen aus der Harnröhrenmündung heraustränfelt, „trippt“, daher der Name „Tripper“.

Der Tripper entsteht nur in Folge von Ansteckung und wird durch pflanzliche Mikroorganismen, den „Gonococcus Neisseri“ erzeugt, der bei der Cohabitation in die Schleimhaut der Harnröhre eindringt.

Die ersten Symptome des Trippers sind die einer Entzündung der Harnröhrenmündung: Röthung und Anschwellung der beiden Harnröhrenlippen und Schmerzen an der Harnröhrenöffnung, besonders beim Uriniren.

Diese Symptome treten gewöhnlich am 2. bis 5. Tage nach der Ansteckung auf; doch kann sich die Entzündung auch erst nach viel längerer Zeit entwickeln.

Im Verlaufe der ersten drei Wochen verbreitet sich in den meisten Fällen die Entzündung, von vorn nach hinten fortschreitend, auf die gesammte Harnröhrenschleimhaut bis zur Blasenmündung, und es können nun auch benachbarte oder entfernter liegende Organe und Körpertheile ergriffen werden, es können „Complicationen“ eintreten. Die wichtigsten dieser Complicationen sind die Entzündungen der Harnblase, der Hoden, der Vorsteherdrüsen, der Gelenke (Tripperrheumatismus).

Trotz der Erkrankung dieser Organe ist der Tripper keine constitutionelle Krankheit, bei der der Gesammtkörper mit ergriffen und die Blutmischung eine krankhafte geworden ist, sondern der Tripper ist eine locale Krankheit, durch welche eine Veränderung der Constitution nicht herbeigeführt wird. Das ist sehr wichtig, denn daraus müssen wir es zum Theil erklären, dass ein Ueberstehen der Krankheit nicht vor weiterer Erkrankung schützt, dass also der Kranke nicht „immun“ wird, wie wir das beispielsweise bei den Pocken, den Masern, Scharlach und der Syphilis finden, die in den meisten Fällen nur einmal und dann nicht wieder durchgemacht werden. Der Tripper dagegen kann sehr häufig und zwar direkt hintereinander erworben werden. Dadurch unterscheidet er sich ganz charakteristisch von den genannten „constitutionellen“ Krankheiten. Der Tripper ist daher auch durch die Zeugung nicht

auf die Nachkommenschaft übertragbar. Der Verlauf des Trippers ist verschieden. In den günstigen Fällen nehmen nach 2—3 Wochen alle Krankheitserscheinungen an Heftigkeit ab, der Ausfluss hört allmählich auf und es tritt nach 4—6 Wochen Heilung ein. Leider gehört dieser Verlauf zu den Ausnahmen. In den meisten Fällen besteht der Tripper Monate und Jahre lang fort, er wird chronisch, d. h. lang andauernd, nicht aber unheilbar, wie vielfach vom Volke angenommen wird, das den Begriff der Chronicität fälschlich mit dem der Unheilbarkeit verknüpft.

Beim chronischen Tripper besteht häufig gar kein oder nur ein sehr geringer Ausfluss, sodass die Kranken vielfach wähnen, vollkommen gesund zu sein. Das ist indessen ein sehr folgenschwerer Irrthum. Die Entzündung der Harnröhrenschleimhaut besteht fort, nur ist die Menge des von der Schleimhaut abgesonderten Eiters so gering, dass der Eiter nicht mehr in Tropfenform an der Harnröhrenmündung erscheint, sondern in der Harnröhre verbleibt.

Ganz sicher kann sich ein Kranker von der Existenz der Entzündung selbst überzeugen, wenn er seinen Urin Frühmorgens in ein reines Glas lässt. Durch das aus der Harnblase in die Harnröhre tretende und diese durcheilende Wasser wird die eitrige Absonderung, die sich in der Harnröhre befindet, herausgerissen und mengt sich dem Urin bei. Der Urin ist dann entweder getrübt (er verhält sich dann zum normalen Urin wie trüber Wein zu klarem Wein) oder im Urin schwimmen weissliche längliche oder auch kürzere Fädchen, die sogenannten „Tripperfädchen“. Nur wenn der Morgenurin frei von allen sichtbaren Beimischungen und vollkommen klar ist, kann von einer Heilung des Trippers die Rede sein.

Diese Heilung des chronischen Trippers tritt nur in verhältnissmässig seltenen Fällen von selber ein, fast stets ist eine ärztliche Behandlung nothwendig, die an die Erfahrung des Arztes, ebenso wie an die Geduld des Patienten, häufig grosse Anforde-

rungen stellt; denn der chronische Tripper ist ein langwieriges Leiden.

Trotzdem kann man wohl sagen, dass jeder Tripper bei der nöthigen Ausdauer seitens des Patienten und des Arztes heilbar ist.

Die wichtigste Eigenschaft des chronischen Trippers ist seine Ansteckungsfähigkeit.

Eine eigentliche Lebensgefahr ist gewöhnlich mit dem Tripper des Mannes nicht verbunden, und deshalb wird er häufig in seiner Bedeutung für die Gesundheit unterschätzt. Indessen können sich doch sehr unangenehme Schädigungen an den Tripper anschliessen, von denen ich hier nur die Zeugungsunfähigkeit bei doppelseitiger Hodenentzündung und die Harnröhrenverengerung bei lange bestehendem chronischem Tripper anführen will.

Der Tripper der Frau ist zunächst auch eine Entzündung der Harnröhrenschleimhaut wie beim Manne. Es tritt bei ihr indessen in den meisten Fällen noch eine Entzündung des Gebärmutterkanals hinzu, ja diese ist sogar häufig zuerst vorhanden. Dadurch wird der Tripper des Weibes eine viel schwerere Krankheit als die des Mannes, indem durch Uebergreifen des Trippers auf die inneren Geschlechtsorgane nicht nur häufig schweres lebenslängliches Siechthum, sondern auch durch Entzündung des Bauchfells direkt der Tod eintreten kann.

2. Der **weiche Schanker** ist ein ansteckendes Geschwür, das durch einen Bacillus hervorgerufen wird, und ist ebenso wie der Tripper eine locale, nicht constitutionelle Erkrankung. Trotzdem der weiche Schanker sehr unangenehme Erscheinungen machen kann, unter denen vor Allem die Vereiterungen der Leistendrüsen hervorzuheben sind, ist seine hygienische Bedeutung gegenüber dem Tripper und der Syphilis verschwindend. Denn fast immer kann in relativ kurzer Zeit seine definitive Heilung erreicht werden, ohne dass irgendwelche Folgen oder Störungen für die Gesundheit zurückbleiben. Er wird uns daher bei der Betrachtung der Hygiene der Prostitution nur wenig beschäftigen.

3. Die **Syphilis** ist im Gegensatz zu den beiden vorher besprochenen Krankheiten, dem Tripper und dem weichen Schanker, keine locale sondern eine constitutionelle Krankheit, an welcher der Gesammtkörper und die Blutmasse theilnehmen. Die Syphilis wird entweder im Leben erworben, oder von den Eltern ererbt (angeborene „heriditäre“ Syphilis). Wieder im Gegensatz zum Tripper und weichen Schanker verleiht die Syphilis „Immunität“, d. h. das Erkranken an Syphilis schützt vor weiterer Infection. Syphilis wird, wenigstens in der Regel, nur einmal erworben, dann nicht wieder. Für die Hygiene ist das von ausschlaggebender Bedeutung, wie wir später sehen werden.

Die Syphilis tritt, wenn im Leben erworben, als sogenannte primäre Syphilis an der Stelle auf, wo das uns noch unbekannte Syphilisgift eingedrungen ist und zwar fast ausschliesslich unter dem Bilde eines Geschwüres, dessen direkte Umgebung verhärtet ist. Daher der Name „harter“ Schanker, zum Unterschied von dem weichen nicht syphilitischen Schanker.

Der harte Schanker entwickelt sich erst etwa 3 Wochen nach der Ansteckung.

Dieser primären Syphilis folgt nach weiteren 5—6 Wochen die „secundäre“ Syphilis, also etwa nach 8—9 Wochen von der Infection an gerechnet.

Während die primäre Syphilis, der harte Schanker, noch als localer syphilitischer Erkrankungsherd aufgefasst werden kann, hat sich das syphilitische Gift bei der secundären Syphilis dem gesammten Körper mitgetheilt. Das zeigt sich in den mannigfachen Krankheitserscheinungen, den flecken- und knötchenartigen Ausschlägen der Haut, den Anschwellungen der Lymphdrüsen, den Entzündungen der Schleimhäute des Mundes, des Rachens u. s. w., Erscheinungen, die hier alle aufzuführen nicht möglich ist. Es genüge hervorzuheben, dass alle Organe, alle Gewebe des menschlichen Körpers ergriffen werden können. Freilich können die secundären syphilitischen Erscheinungen in

den einzelnen Fällen sehr verschieden nach Intensität und Ausbreitung sein.

Ebenso verschieden kann der Verlauf der Syphilis sein. Sich selbst überlassen kann sie im günstigsten Falle heilen. In der Regel wird sie sich unter den verschiedensten Krankheitserscheinungen über Jahr und Tag hinziehen und schliesslich durch Zerstörung von Organen, die zum Leben nothwendig sind, den Tod herbeiführen. Während man die im Laufe der ersten Jahre nach der Ansteckung auftretenden syphilitischen Erkrankungen als „secundäre“ bezeichnet, werden die späteren als „tertiäre“ zusammengefasst. Ein principieller Unterschied zwischen secundärer und tertiärer Syphilis existirt nicht. Im Allgemeinen kann man wohl sagen, dass die secundären Erscheinungen leichtere Erkrankungen darstellen, die vorwiegend in den sichtbaren Körperorganen (Haut, Schleimhaut) localisirt sind, während die tertiären die inneren „edleren“ Organe ergreifen und dadurch weit schwerere Störungen veranlassen können.

Die Syphilis ist in allen Formen (primären, secundären, tertiären) ansteckend, jedoch so, dass die Ansteckungsfähigkeit mit dem Alter der Erkrankung abnimmt.

Es ist ein grosses Glück, dass wir dieser furchtbaren Krankheit gegenüber ein vorzügliches Heilmittel haben, das uns in den Stand setzt, beinahe mit absoluter Sicherheit — wenigstens in den meisten Fällen — die Krankheitserscheinungen zu beseitigen: das Quecksilber. Auf dieses Mittel gestützt, dürfen wir sagen, die Syphilis ist eine der bestheilbaren Krankheiten überhaupt. Wenn nun auch alle erkennbaren krankhaften Erscheinungen sicher durch das Quecksilber beseitigt werden können, so besitzen wir doch kein einziges absolut zuverlässiges Zeichen, dass in dem gerade vorliegendem Falle nun auch wirklich die syphilitische Diathese, die syphilitische Constitutionsanomalie verschwunden ist. Das können wir aber mit um so grösserer Wahrscheinlichkeit erschliessen, je länger der Patient von wieder auftretenden syphilitischen Er-

scheinungen, von „Recidiven" frei geblieben ist; je mehr Jahre seit der Ansteckung verflossen sind, um so mehr nähert sich diese Wahrscheinlichkeit der Gewissheit.

Fassen wir aus dem Vorhergehenden das Wichtigste kurz zusammen: Die für die Hygiene des Volkes wesentlich in Betracht kommenden Geschlechtskrankheiten sind der Tripper und die Syphilis.

Der Tripper ist eine locale Krankheit und verleiht keine „Immunität".

Die Syphilis ist eine constitutionelle Krankheit, deren Ueberstehen gegen eine nochmalige syphilitische Infection schützt.

2. Grösse und Ausbreitung der Prostitution.

Was die Verbreitung der Prostitution anbetrifft, so lässt sich darüber mit wenigen Worten sagen: Je grösser die Stadt ist, um so grösser ist im Allgemeinen auch die Prostitution, nicht nur in absoluter Zahl, sondern auch im Verhältniss zur Einwohnerschaft. Die grossen Hauptstädte sind zugleich ihre Brutstätten und Stapelplätze.

Um über die Anzahl der Prostituirten in diesen sich zu orientiren, muss man zunächt zwischen sogenannter „öffentlicher" und „geheimer" Prostitution unterscheiden.

Die „öffentlichen" Prostituirten stehen unter Polizeiaufsicht; ihr Gewerbe ist als solches der Polizei angemeldet. Bei der „geheimen" ist dies nicht der Fall.

Die Zahl der öffentlichen Prostituirten ist natürlich für jede Stadt und jedes Jahr genau bekannt. Folgende sind ungefähre Durchschnittszahlen:

für Breslau	1200
„ Berlin	3500
„ Peterburg	3000
„ Paris	4000
„ Hamburg	900
„ Wien	2000.

Abgesehen davon, dass diese Zahlen jährlich nicht unbeträchtlichen Schwankungen ausgesetzt sind, geben sie auch von der wirklichen Zahl der Prostituirten gar keine Vorstellung. Sie bilden stets nur einen geringen Bruchtheil aller Derjenigen, die gewerbsmässig oder gelegentlich sich prostituiren, aber nicht oder noch nicht oder nicht mehr unter polizeilicher Aufsicht stehen.

Wie gross die Zahl dieser geheimen Prostitution ist, lässt sich natürlich nie genau bestimmen. Man ist da auf Schätzungen angewiesen und diese fallen naturgemäss sehr verschieden aus, je nachdem man den Begriff der geheimen Prostitution fasst. Versteht man nur diejenigen darunter, die unter dem Deckmantel irgend einer Beschäftigung und Stellung oder auch ohne eine solche sich Jedem für Geld prostituiren, so wird die Zahl weit geringer sein, als wenn man auch etwa Nähterinnen, Ladenmädchen, Kellnerinnen, Arbeiterinnen mit inbegreift, die einen oder mehrere Liebhaber haben und dem Wechsel garnicht oder mehr oder weniger zugethan sind. Da können natürlich keine bestimmten Grenzen gezogen werden.

Ich gebe hier einige Zahlen für die geheime Prostitution, die das Gesagte bewahrheiten und einige Vorstellung zu geben im Stande sind.

Die Zahl der geheimen Prostituirten wurde in Paris geschätzt von:

Maxime du Camp . .	(1871)	auf	120 000
Lassar	(1892)	„	100 000
Service de la Sureté .	(1890)	„	50 000
Lecour	(1877)	„	30 000
Carlier	(1871)	„	10—11 000
Richard	(1891)	„	9 500.*)

Für Berlin sind Schätzungen von 10—50 000 gemacht worden.

*) Blaschko, Syphilis und Prostitution vom Standpunkte der öffentlichen Gesundheitspflege. Berlin 1893. Verlag von S. Karger. Seite 80.

3. Die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten unter den Prostituirten.

A. Tripper. Je nachdem man sorgfältig untersucht, insbesondere auch den mikroskopischen Nachweis der Tripperpilze, der Gonococcen, für die Feststellung der Krankheit verwerthet, sind die Krankheitsziffern verschieden. Obgleich nun ein grosses statistisches Material vorliegt, so haben wir doch präcise Zahlen, die sich auf eine zuverlässige mikroskopische und klinische Untersuchung stützen, gerade über den Tripper der Prostituirten sehr wenige.

1. Im Januar 1888 wurden in Breslau 572 Puellae publicae sorgfältigst untersucht,*) unter ihnen 217 tripperkrank befunden, 57 als verdächtig notirt, in Summa 274, also fast die Hälfte.

2. Bei einem durchschnittlichen Personalbestand von 29 öffentlichen Prostituirten in Stuttgart**) im Jahre 1895 kamen 30 Trippererkrankungen vor. Jede Prostituirte erkrankte also durchschnittlich etwa einmal im Jahre an Gonorrhoe.***)

Diese statistischen Zahlen beweisen, was allerdings jeder Polizeiarzt weiss, dass dauernd ein grosser Theil der Prostituirten an mikroskopisch und klinisch nachweisbarem Tripper leidet, und dass keine Prostituirte, die auch nur kurze Zeit ihr Gewerbe ausübt, der Tripperkrankheit entgeht.

*) Neisser, Deutsche med. Wochenschrift. 1890.

**) Hammer, Ueber Prostitution und venerische Erkrankungen in Stuttgart. Arch. für Dermat. und Syph. 1897.

***) Der Personalbestand ist natürlich wechselnd; in diesem Jahre traten 37 Inscribirte aus und ebenso viele traten wieder ein, sodass insgesammt 66 Prostituirte unter Controlle gestanden haben, von denen also etwa die Hälfte (30) an Tripper erkrankte. Berechnet man die Erkrankung nicht auf die absolute Zahl, sondern gleichzeitig auf die Zeit mit (hier also auf ein Jahr), so bleibt das Verhältniss 29 Prostituirte im Jahre zu 30 Trippererkrankungen dasselbe, oder jede Prostituirte erkrankt bei Ausübung ihrer Thätigkeit während eines vollen Jahres durchnittlich einmal an Tripper (genau 30/29).

B. Syphilis. Nach Wwedensky (Arch. f. Dermat. 1896, Bd. 36, S. 134) erkranken in Petersburg von den unter Controlle gestellten Dirnen im ersten Jahre 30,6 %, im zweiten 21,9 %, sodass schon nach zwei Jahren ihrer Thätigkeit über die Hälfte der Prostituirten syphilitisch und nach fünf Jahren nur noch 20 % nicht syphilitisch sind. Von diesen 20 % nimmt der bekannte Syphilidologe Sperck an, dass sie ebenfalls syphilisirt sind, d. h. dass sie Syphilis durchgemacht haben, ohne dass die Syphilis zur ärztlichen Kenntniss gelangt ist, dass also nach fünf Jahren die Erkrankungsziffer 100 % betrüge.

Nachfolgende Tabelle*) mag einen Begriff von der Häufigkeit der Syphilis unter den Prostituirten in anderen Städten geben:

	Bordelldirnen; jährlicher Procentsatz der an Syphilis erkrankten:	Freilebende; jährlicher Procentsatz der an Syphilis erkrankten:
Paris 1878—1887	12,0	7,0
Brüssel 1887—1889	25,0	9,0
Petersburg 1890	33,5	12,0
Antwerpen 1882—1884 . . .	51,3	7,7

Dass auch in kleineren Städten die Syphilis eine nicht unbeträchtliche Verbreitung erlangt, zeigt eine Statistik von Hammer**), nach der in Stuttgart in den Jahren 1894 und 1895 unter 1725 von der Polizei arretirten Prostituirten 146 mit Syphilis, also 8,5 % behaftet waren.

Wir dürfen aus diesen Zahlen mit Sicherheit schliessen, dass überall schon in den ersten Jahren ihres Gewerbes ein grosser Theil der Prostituirten an Syphilis erkrankt.

4. Die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten unter dem Volke.

Was die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in der Bevölkerung anbetrifft, so liegen nur von wenigen Städten einiger-

*) Blaschko l. c. S. 74.

**) Hammer, Arch. f. Derm. Bd. 38, S. 257.

massen zuverlässige Zahlen vor. „In Dänemark müssen sämmtliche Aerzte eine Liste der von ihnen behandelten Fälle führen und allwöchentlich dem Gesundheitsamt einreichen; es existiren daher Zahlen, welche einigermassen Anspruch darauf machen können einen Begriff von der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in der Gesammtbevölkerung zu geben.“*)

Darnach sind in den zwölf Jahren von 1874—1885 an venerischen Krankheiten beobachtet worden in Kopenhagen:

56 447 Gonorrhoen oder jährlich 19,86 ‰ der Bevölkerung
12 036 Syphilis „ „ 4,16 ‰ „ „

Wenn wir von den 12 036 notirten Syphiliserkrankungen die Hälfte als Recidive auffassen und die Lebensdauer der Syphilitiker nach der Ansteckung durchschnittlich mit 25 Jahren berechnen, so erhalten wir eine Gesammtsumme von 50 Syphilitikern auf je 1000 Einwohner Kopenhagens oder 5 %, d. h. jeder 20. Mensch in Kopenhagen ist syphilitisch oder hat Syphilis durchgemacht. Wahrscheinlich ist aber diese Zahl doch etwas zu hoch, da viele der Erkrankten, die sich in der Hauptstadt inficirt haben und auch dort behandelt und notirt worden sind, sich nur vorübergehend in Kopenhagen aufhalten. Zu einer noch grösseren Zahl kommt übrigens Blaschko**), der für Berlin eine jährliche Erkrankungsziffer von 5000 Fällen annimmt, die Zahl der lebenden Syphilitiker auf 150 000 mithin auf 10—12 % der Bevölkerung schätzt. Damit stimmt auch gut überein, wenn Mauriac (Diminution des maladies vénériennes Paris 1875, p. 58) auf die Frage nach der Zahl der Syphilitischen in Paris antwortet: Repondez, qu'il se crée chaque année, dans cette ville de 5000 à 7000 ou 8000 véroles, et vous ne serez pas loin de la vérité.

Berechnen wir auf dieselbe Weise wie oben für die Syphilis die Anzahl der, die an Tripper erkrankt sind, in Kopenhagen***), so

*) Blaschko l. c. S. 23.
**) Blaschko l. c. S. 28.
***) Ohne natürlich Recidive, wie bei der Syphilis, zu berücksichtigen.

kommen wir auf nahezu 500 pr. Mille oder 50%. Da nun das Gros der Kinder, sowie viele Frauen, also jedenfalls mehr als die Hälfte der Bevölkerung nicht oder verhältnissmässig wenig an Tripper erkrankt, so bedeutet die Zahl 50% nichts anderes, als dass durchschnittlich jeder erwachsene Mann einmal oder mehrere Male Tripper durchmacht.

Einen ziffermässigen Beleg für die Richtigkeit einer derartigen Annahme hat Blaschko in seinem schon citirten Buche an der Hand des Krankenmateriales einer 6—700 Mitglieder umfassenden studentischen Krankencasse in Berlin geführt. Er weist nach, dass durchschnittlich jeder Student in acht Semestern einmal venerisch erkrankt.

Nur verhältnissmässig wenige Männer in grossen Städten haben keinen Tripper gehabt. Daran zweifelt wohl kein Eingeweihter.

5. Die bisherigen hygienischen Massregeln.

Diese haben sich ausschliesslich auf die Prostituirten, nicht auch auf die mit der Prostitution verkehrenden Männer erstreckt, und zwar hier auch fast nur auf die unter polizeilicher Aufsicht stehenden Prostituirten.

Die „controllirten“ oder „reglementirten“ Prostituirten werden in gewissen Zwischenräumen ärztlich untersucht und, wenn eine geschlechtliche Krankheit festgestellt wird, behandelt, vielfach in besonderen Abteilungen städtischer Hospitäler und Kliniken. Für die polizeiliche Beaufsichtigung haben sich zwei Systeme herausgebildet. Entweder werden die Prostituirten mehrere zusammen in Häuser, sogenannte „Bordelle“ einquartirt, oder sie wohnen einzeln, gewöhnlich in abgelegenen und dem grossen Verkehr fernliegenden Strassen: „freilebende Prostituirte“.

Seit Jahren besteht ein grosser Meinungsstreit, welches dieser beiden Systeme das bessere sei, durch welches man am besten der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten vorbeugen könne.

Bevor man überhaupt auf diese sehr schwierige Frage eingehen kann, muss man sich zunächst eine andere vorlegen. Hat überhaupt die polizeiliche und ärztliche Controlle bisher eine Verringerung der venerischen Krankheiten zur Folge gehabt? oder anders gefasst: Hat die Statistik bisher einen günstigen Einfluss der ärztlichen Controlle auf die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in der Bevölkerung nachgewiesen?

So wie diese Frage gestellt ist, kann auch sie nicht beantwortet werden, denn wir haben vorher gesehen, dass wir über die Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten nur auf Grund ungefährer Rechnung unterrichtet sind, nicht durch directe Statistik. Um so weniger können wir den Einfluss der Controlle direct statistisch festlegen.

Wir haben aber einen anderen Weg, der uns zum Ziele führen kann. Gewisse geschlossene Körperschaften, von denen uns Statistiken über die venerisch erkrankten Mitglieder vorliegen, Krankenkassenvereine, vor allem das Militär, besitzen eine Zusammensetzung von annähernd an Zahl gleichbleibenden und Jahre hindurch unter denselben Verhältnissen lebenden Menschen, die einen Vergleich zulassen. Die Verbreitung der venerischen Krankheiten in diesen Körperschaften könnte uns also Aufschluss geben.

Was sagt nun die Statistik? Zeigt es sich, dass die Geschlechtskrankheiten in diesen Körperschaften abnehmen, wenn eine ärztliche Controlle der Prostituirten eingeführt wird oder wenn die Controlle verschärft und sorgfältiger gehandhabt wird? und dass die Geschlechtskrankheiten zunehmen, wenn eine bisher bestandene Controlle aufgehoben wird?

Man sollte glauben, das wäre leicht festzustellen. Wir haben eine Reihe von Städten und Ländern, in denen eine ärztliche Controlle zeitweise bestand und dann aufgehoben wurde, wir haben ferner gegenwärtig Städte und Länder, in denen eine Controlle besteht, und solche, in denen sie nicht besteht. Ein Vergleich müsste also doch sicheren Aufschluss geben. Das ist indessen nicht der

Fall. Es spielt bei der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten ausser der ärztlichen Controlle noch eine so grosse Reihe anderer Umstände mit, dass man nur mit äusserster Vorsicht und Skepsis Schlüsse ziehen darf. Nicht selten sind dieselben statistischen Zahlen von Anhängern und Gegnern der Reglementirung zu entgegengesetzten Beweisen benutzt worden, sodass angesehene Fachleute zu dem Resultat gekommen sind, dass die bisherigen Statistiken nichts Sicheres beweisen und jegliche Statistik zu verwerfen sei.

Hieraus kann man meiner Meinung nach eins entnehmen, dass nämlich, wenn überhaupt eine Wirkung der bisherigen ärztlichen Controlle besteht, diese nur gering ist, sodass sie bisher nicht mit der Sicherheit und der Klarheit erkannt werden konnte, dass Einwände unmöglich werden.

Allerdings muss man zugeben, dass sowohl von den Abolitionisten als auch von den Anhängern der Reglementirung häufig ganz unberechtigte Schlussfolgerungen gezogen worden sind, die natürlich die Sachlage verwirrt und zu der fälschlichen Ansicht geführt haben, dass man aus Statistiken nichts ersehen könne.

Ich will das Gesagte an einigen Beispielen aus Deutschland im folgenden Kapitel illustriren, um alsdann zu der einzigen Statistik überzugehen, die vermittelst ihres Umfanges, der langen Dauer, der exakten Zahlen und besonders günstiger Verhältnisse zu sicheren Schlüssen führen kann, zu der englischen.

III. Statistisches über den Nutzen der bisherigen ärztlichen Controlle.

Bei den Abolitionisten spielt die Stadt Colmar im Elsass eine grosse Rolle. Im Jahre 1881 hob der Bürgermeister Schlumberger die dort bestehenden Bordelle auf. Die Geschlechtskrankheiten der Garnison nahmen darauf bedeutend ab. Während in den Jahren 1880 und 1881 82 und 64 Soldaten venerisch erkrankten, sank die Ziffer in den folgenden Jahren auf 38 (1882), 30 (1883), 20 (1884), 22 (1885)*). Dieser Abfall der Krankheitsziffern ist nun von den Abolitionisten als Folge der Aufhebung der Bordelle betrachtet worden und als allgemeiner Beweis, dass die Bordelle die venerischen Krankheiten befördern. Die nächstfolgenden Jahre haben indessen wieder eine Vermehrung der Geschlechtskrankheiten gebracht: 38 (1886), 54 (1887), 26 (1886), 56 (1889), 128 (1890) 77 (1891), 89 (1892), 111 (1893). Wenn auch die Garnison von Colmar vom Jahre 1887 auf das Doppelte verstärkt worden ist, so ist die Zunahme der venerischen Krankheiten nach der Aufhebung der Bordelle doch noch bedeutend grösser: 17 % im Jahre 1884 gegen 57 % im Jahre 1890; die venerischen Krankheiten haben sich also um mehr als das dreifache vermehrt.

Der anfängliche Abfall hat also einem langsam wieder einsetzenden Aufstieg Platz gemacht. Wenn wir diese beiden Ereignisse mit der Aufhebung der Bordelle ursächlich verbinden wollen — unter Ausschluss etwaiger anderer Momente, wozu allerdings keine sichere Berechtigung besteht —, so liegt die Deutung doch

*) Die Zahlen sind aus den Sanitätsberichten der preussischen Armee entnommen.

sehr nahe: In einem kleinen Landstädtchen, wie Colmar (30 000 Einwohner), bilden polizeilich concessionirte Bordelle für eine Garnison natürlich eine Verführung zum Geschlechtsverkehr, die wegfällt, sobald die Bordelle aufgehoben werden. In einer grossen Stadt finden die Insassen der Bordelle bei solchem Ereigniss sofort anderwärts Unterschlupf, nicht aber in einer kleineren Stadt, wo alle Verhältnisse viel klarer zu übersehen sind. Die Aufhebung der Bordelle hat in Colmar also im Anfang günstig dadurch gewirkt, dass der Garnison die Möglichkeit des Geschlechtsverkehrs überhaupt vermindert worden ist. Allmählich mit den Jahren hat sich aber nun doch — in Folge der fortwährenden Nachfrage — eine freie und geheime Prostitution in Colmar entwickelt, die alsdann im Jahre 1890 zu einer Steigerung der Geschlechtskrankheiten auf 128 Erkrankungen oder 57 ‰ geführt hat, in welchem Jahre das gesammte elsässische Armeecorps nur 26 ‰ und die Hauptstadt Strassburg nur 29 ‰ Erkrankungen aufweisen (vergl. Tabelle I).

Lässt man das granum salis weg, so können Abolitionisten sowohl wie auch ihre Gegner in der Aufhebung der Bordelle in Colmar ihre Rechnung finden.

Ganz ähnlich wie in Colmar liegen die Verhältnisse in Breslau, wo eine Verschärfung der Controlle von einem anfänglichen Abfall der Geschlechtskrankheiten der Garnison begleitet wurde. Seit 1888 werden dort die Prostituirten schärfer auf eine etwa bestehende Gonorrhoe untersucht und zwar durch den mikroskopischen Nachweis der Gonococcen, sodass weit mehr Prostituirte krank befunden und im Hospital behandelt werden als früher. So betrug die Anzahl der wegen Gonorrhoe im Spital aufgenommenen Prostituirten im Jahre 1888 194, im Jahre 1889 305 gegen 29 und 24 in den beiden vorhergehenden Jahren.*) Die Erkrankungsziffer der Garnison (s. auch Tabelle I) fiel dagegen von 37 ‰ (1886)

*) Neisser: Ueber die Mängel der zur Zeit üblichen Prostituirtenuntersuchung. Deutsche med. Wochenschrift 1890.

und 28 ‰ (1887) auf 22 ‰ im Jahre 1888 und auf 20 ‰ im Jahre 1889. In den nächsten Jahren steigt sie alsdann wieder auf 25 ‰, 26 ‰, 27 ‰, sodass im Jahre 1892 die Erkrankungsziffer mit 27 ‰, die des Jahres 1887 (28 ‰) nahezu wieder erreicht hat.

Durch die schärfere Controlle wurden im Jahre 1888 eine grosse Zahl von Prostituirten dem geschlechtlichen Verkehr entzogen, sie wirkte also gerade so, wie die Aufhebung der Bordelle in Colmar, nur dass in Breslau, einer Stadt von 300 000 Einwohnern, viel rascher ein Ersatz der Prostituirten eintrat, sodass die guten Wirkungen der Controlle schon wieder im Jahre 1892 nahezu ausgeglichen sind. Man muss indessen noch gleichzeitig berücksichtigen, dass schon in den Jahren vor Einführung der schärferen Controlle eine Tendenz zum Abfall der Krankheitsziffer sich bemerkbar macht, indem vom Jahre 1883—1887 die Zahl beständig sinkt, von 49 ‰ auf 45 ‰, auf 41 ‰, auf 37 ‰, auf 28 ‰ und dass dieser Abfall nicht nur vom ganzen schlesischen Armeecorps (s. Tabelle I), sondern auch von der ganzen preussischen Armee mitgemacht wird. Während das schlesische Armeecorps im Jahre 1889 eine Erkrankungsziffer von 27 ‰ aufweist, also erheblich höher steht als die Garnison Breslau, ändert sich das Verhältniss in den nächsten Jahren, die Erkrankungsziffer des Armeecorps fällt weiter auf 22 ‰ (1890) und 23 ‰ (1891), während gleichzeitig Breslau auf 25 ‰ und 26 ‰ steigt.

Aus einem Vergleich dieser Zahlen müsste man schliessen, dass die guten Wirkungen der schärferen Controlle im Jahre 1888 und 1889 schon wieder in den beiden folgenden verschwunden seien, oder sogar einer Verschlechterung Platz gemacht hätten. Wie vorsichtig man aber mit solchen Schlüssen sein muss, zeigen schon die beiden folgenden Jahre, in denen wiederum die Erkrankungsziffer des ganzen Armeecorps diejenige der Garnison Breslau überholt hat (s. Tabelle I).

Aus dem Abfall in den Jahren 1888 und 1889 eine gute Wirkung der schärferen Controlle beweisen zu wollen, scheint mir daher durchaus ungerechtfertigt. Wenn man überhaupt beide Ereignisse causal miteinander verbinden will — was durchaus nicht absolut nothwendig ist — so kann das meiner Ansicht nach nur in der oben bereits ausgeführten Annahme geschehen, dass durch die schärfere Controlle eine grössere Zahl der Prostituirten dem Verkehr entzogen worden ist.

Noch weniger statthaft sind die Schlussfolgerungen, die an die Strassburger Statistik geknüpft werden, und die auch jüngst noch Lesser in der Berliner dermatologischen Gesellschaft*) vorgetragen hat. Die venerischen Krankheiten der Strassburger Garnison betrugen zur französischen Zeit im Mittel der Jahre 1850—1863 und 1868—1869 94‰, in den Jahren 1871 und 1872 126‰ und 87‰, während sie vom Jahre 1873 die viel niedrigeren Zahlen, die auf Tabelle I verzeichnet sind, aufweisen. Diese niedrigeren Zahlen werden nun auf Conto einer schärferen Controlle in Strassburg während der deutschen Zeit gesetzt.

Aber wie kann man denn direct vergleichen wollen französische Verhältnisse vor dem Kriege mit deutschen nach ihm, Kriegszustände oder Zustände unmittelbar nach dem Krieg mit Friedenszuständen! Da hört doch jeder Vergleich auf! Betrachten wir aber die Reihenfolge der jährlichen Erkrankungsziffer von 1873 —1893, so können wir bis 1880 einen nicht unerheblichen Abfall constatiren, der indessen, wie Tabelle I lehrt, auch vom ganzen elsässischen Armeecorps mitgemacht wird, also nicht wohl allein auf Rechnung einer localen Einwirkung (schärfere Controlle in Strassburg) zu setzen ist. Dann steigt die Erkrankungsziffer bis zum Jahre 1885, während diejenige des ganzen Armeecorps weiter abfällt, und endet schliesslich nach leichten Schwankungen im

*) Am 14. Octbr. 1897; veröffentlicht in der Berliner klin. Wochenschrift.

Jahre 1893 mit einem bedeutenden Anstieg auf 51 ‰, 10 ‰ höher als die des gesammten Armeecorps (s. Tabelle I). Wo bleibt da die gute Wirkung einer schärferen Controlle? Könnte nicht ein Abolitionist diese Zahlen leicht ausnutzen zum Scheinbeweise des Gegentheils?

Mit solchen Zahlen darf man eine an sich gute Sache — die Hygiene der Prostitution — nicht vertheidigen wollen, sonst schadet man ihr, indem man den Abolitionisten sans phrase wirksame Waffen in die Hand giebt.

Etwas anders liegen die Verhältnisse in Stuttgart mit 130 000 Einwohner. Hier liegt eine mässige Garnison (circa 3500 Mann) und es herrschen die besten Verhältnisse bezüglich der venerischen Krankheiten.*) Die Zahl der inscribirten Prostituirten ist sehr gering (durchschnittlich 29 im Jahre 1895), sodass eine genaue ärztliche Controlle möglich ist. Nun ist in Stuttgart seit dem 1. Juli 1885 eine ganz bedeutende Verschärfung der ärztlichen Controlle durch den neu angestellten Polizeiarzt Dr. Hammer eingeführt worden, der zu Folge im Jahre 1895 33 Prostituirte als erkrankt befunden und zusammen 558 Tage im Spital behandelt wurden gegen 13 Prostituirte (88 Tage) im Jahre 1891, 10 (63) 1892, 9 (43) 1893.**) Bei dieser Verschärfung der Controlle, die schon im Juli 1895 einsetzte, stellen sich die Erkrankungsziffern der Garnison folgendermassen:

	1890	1891	1892	1893	1894	1895**)	1896***)
Gonorrhoe	10,6 ‰	12,3 ‰	13,2 ‰	16,7 ‰	12,3 ‰	10,3 ‰	10,0 ‰
Ulc. molle	2,5 „	1,07 „	2,1 „	7,09 „	4,9 „	3,0 „	2,1 „
Syphilis .	5,16 „	5,3 „	6,3 „	6,07 „	7,0 „	4,7 „	4,3 „
Summa	17,2 ‰	18,6 ‰	21,6 ‰	29,8 ‰	24,2 ‰	18,0 ‰	16,4 ‰

*) Würtemberg gehört zu denjenigen deutschen Ländern, die die geringste Zahl venerischer Krankheiten aufweisen.

**) Hammer, Ueber Prostitution und venerische Krankheiten in Stuttgart. Arch. f. Dermat. 1897.

***) Nach einer gütigen Mittheilung von Dr. Hammer.

Hammer begleitet den Abfall der Erkrankungsziffer in den Jahren 1894 und 1895 mit folgenden Worten: „Wenn nun auch diese Zahlen durchaus nicht entmuthigend sind, sondern in den letzten zwei Jahren einen bedeutenden Abfall zeigen (der im Jahre 1896 noch mehr hervortritt, Verf.), so ist selbstverständlich dieser Zeitraum viel zu kurz, um zu weittragenden Schlüssen zu berechtigen.“ Dem letzteren stimme ich zu. Ich würde aber diese Zahlen für durchaus entmuthigend halten, wenn sie wirklich den Einfluss der verschärften ärztlichen Controlle und Behandlung in den Jahren 1894 bis 1896 darstellten. Denn wie gering ist doch eigentlich das Resultat, besonders wenn man die Erkrankungsziffer der Jahre 1894—1896 mit denen der Jahre 1890 und 1891 vergleicht, die nahezu die gleichen sind; und dabei muss man bedenken, dass Hammer — wie aus seiner S. 23, Anm. 2 citirten Arbeit hervorgeht — mit grösster Gewissenhaftigkeit, die eben nur bei einer so kleinen Zahl von Prostituirten (29) möglich ist, und mit derjenigen Präcision gearbeitet hat, die die jetzige Wissenschaft ermöglicht; und doch kein besseres Resultat! Ja, dann freilich hätten die Abolitionisten Recht mit ihrer Forderung: weg mit dieser ärztlichen Controlle, wenn sie nichts Besseres leistet.

Aber ist denn wirklich die Erkrankungsziffer der Garnison ein Maassstab für die thatsächliche Wirkung der ärztlichen Controlle? Sicherlich häufig nur ein sehr ungenauer und häufig ein direct falscher. Das scheint mir auch für Stuttgart der Fall zu sein. Hammer sagt auf der ersten Seite seiner Arbeit: „Die Zahl der Inscribirten ist hier im Vergleich zu anderen Städten einerseits eine sehr kleine, andererseits eine sehr wenig schwankende, da für dieselben nur eine bestimmte Anzahl von Wohnungen zur Verfügung stehen. Hierdurch ist der Verdienst ein gesicherter und wie es scheint, meist ziemlich hoher.“ Und bei diesen controllirten, hoch im Preise stehenden Prostituirten sollte der Gemeine der Stuttgarter Garnison verkehren? Der Officier und vielleicht der Feldwebel und der Einjährige — wohl möglich — aber der Gemeine, der

„die Erkrankungsziffer der Garnison“ bildet, nein! der erkrankt durch die geheime, gelegentliche, nicht controllirte, billigere Prostitution.

Ebensowenig wie die vorhergehenden statistischen Zahlen irgend einen sicheren Schluss auf die Wirksamkeit oder Unwirksamkeit der Controlle erlauben, ebensowenig können wir einen solchen ziehen aus dem Vergleich der Länder mit und ohne Controlle. Trotzdem ist ein Vergleich dieser Länder untereinander sehr interessant.

Auf Tafel II ist das Verhältniss der Geschlechtskrankheiten der preussischen, französischen, österreichischen, italienischen und englischen Armeen während des Zeitraums von 1883—1893 graphisch dargestellt. Wir ersehen mit einem Blick, dass bei weitem die geringste Erkrankungsziffer die preussische Armee aufweist (26 ‰—34,5 ‰), es folgt mit schon bedeutend höheren Ziffern die französische (43,6 ‰—58,9 ‰), die österreichische (61,6 ‰—73,3 ‰), die italienische (79 ‰—104 ‰) und in weitem Abstand die englische Armee (173,8 ‰—267,1 ‰).

Die drei ersten Armeen zeigen eine annähernd gleichlaufende Curve, die bis zum Jahre 1891 (1892 für die österreichische Armee) einen ziemlich regelmässigen Abfall und von da einen Anstieg aufweist. Wir dürfen vielleicht aus dieser Gemeinsamkeit auf eine gemeinsame Ursache (lange Friedensdauer?) schliessen, die in den drei benachbarten mitteleuropäischen Staaten gleichzeitig wirksam gewesen ist, während der plötzliche Anstieg in der italienischen Armee während der Jahre 1889 und 1890 vielleicht auf die im Jahre 1888 aufgehobene Reglementation der Prostitution, vielleicht aber auch auf locale Ursachen (innere Unruhen? coloniale Unternehmungen?) zurückzuführen ist. Vom Jahre 1891 fällt die Erkrankungsziffer der italienischen Armee im Gegensatz zu den mitteleuropäischen, sodass man geneigt wird, diesen Abfall mit der 1891 wieder eingeführten Reglementirung der Prostitution in Italien in Zusammenhang zu bringen. Wie vorsichtig man aber mit derartigen Schlussfolgerungen sein muss, lehrt die Armee Englands, wo 1884

jegliche Reglementirung der Prostitution aufgehoben worden ist. Nach einem leichten Anstieg bis zum Jahre 1886 fällt dort die Erkrankungsziffer rapid bis zum Jahre 1895 von 267,1 bis auf 173,8, also fast um 100 $^{0}/_{00}$.

Will man den Abfall der Erkrankungsziffer der italienischen Armee durch die Wiedereinführung der Controlle erklären, so ist die Erklärung der gleichen Erscheinung bei der englischen Armee durch die Aufhebung der Controlle ebenso zulässig. Man kommt also direct auf einen Widerspruch.

Auch ein Vergleich der 4 Armeen der festländischen Staaten, in denen die Prostitution reglementirt ist, mit der Englands, wo eine Reglementation fehlt, könnte wegen der grösseren Zahlenunterschiede geeignet erscheinen, zu Gunsten der Reglementirung zu sprechen, da die englische Armee fast so viel venerische Erkrankungen aufweist, wie die 4 Armeen des Festlandes zusammen. Indessen sind hier sicherlich andere Factoren weit mehr massgebend als das Fehlen und Vorhandensein der Reglementirung, vielleicht vor allem der Umstand, dass das englische ein Söldnerheer, die anderen aber Volksheere sind.

Dass aber die Reglementirung von untergeordnetem Einfluss ist, das wird dadurch bewiesen, dass auch in der Periode, wo eine Anzahl englischer Garnisonen reglementirt waren (1866—1882), selbst diese Garnisonen eine weit höhere Erkrankungsziffer aufweisen, als die höchste Ziffer der festländischen Armeen beträgt. Gerade diese partielle und zeitweise Reglementirung giebt nun aber die Möglichkeit ihren Einfluss auf die Geschlechtskrankheiten klar zu erkennen. Das soll im Folgenden auseinandergesetzt werden. Allerdings ist das nicht so ohne Weiteres möglich, und zahlreiche Ueberlegungen und grosse Vorsicht sind nothwendig. Auch halte ich es für erforderlich das ganze statistische Material, das zur Beurtheilung der Frage vorliegt, in extenso wiederzugeben, damit der skeptisch veranlagte Leser eine Nachprüfung jederzeit vornehmen und sich ein selbstständiges Urtheil bilden kann.

Das durch die vielen Zahlen erschwerte Studium des folgenden Abschnittes wird nicht nur durch zahlreiche interessante Einzelheiten, sondern auch durch ein positives Resultat belohnt werden.

Die Contagious diseases Act.

Die englische Armee hatte in den Jahren 1860—1885 einen durchschnittlichen Bestand von 80 000—90 000 Mann, deren grössere Hälfte (40 000 — 50 000 Mann) in folgenden 14 Stationen lag:

1. Devonport und Plymouth, 2. Portsmouth, 3. Chatam, Sheerness und Gravesend, 4. Woolwich, 5. Aldershot, 6. Windsor, 7. Shorncliffe, 8. Colchester, 9. Winchester, 10. Dover, 11. Canterbury, 12. Maidstone, 13. Cork, 14. Carragh. Diese Stationen hatten vom Jahre 1866—1882 durch die „Contagious deseases Act" eine Reglementirung und zwangsweise Untersuchung der Prostituirten, während von 1864—1866 dort eine facultative Untersuchung und Behandlung der Prostituirten bestand. Die andere kleinere Hälfte des Heeres lässt sich wiederum in zwei ungefähr gleiche Theile zerlegen, deren einer in folgenden 14 grösseren Stationen lag:

1. Isle of Wight, 2. London, 3. Worley, 4. Hounslow, 5. Pembroke Dock, 6. Sheffield, 7. Manchester, 8. Preston, 9. Edingburgh, 10. Fermoy, 11. Limerick, 12. Athlone, 13 Dublin, 14. Belfast; während der andere auf zahlreichen kleinen Stationen vertheilt war. Die gesammten Stationen dieser kleineren Heereshälfte sind nie mit einer Reglementation der Prostitution bedacht worden.

Von den 14 nicht reglementirten Stationen, sowie von den 14 reglementirten Stationen liegen nun genaue Zahlen über die venerischen Erkrankungen aus den Jahren 1860—1884 in den jährlichen Sanitätsberichten der englischen Armee vor (s. Tabelle VI(1) —VI(5)), da die 14 grösseren nicht reglementirten Stationen zum Vergleich mit den reglementirten ausgesucht waren, während für die grosse Zahl der kleinen nicht reglementirten Stationen specificirte Zahlen leider nicht angegeben sind, so dass ich die Krank-

heitsziffern für diese leider nur für die Jahre 1878—1883 habe feststellen können.

Zur ersten Orientirung über den Verlauf der venerischen Krankheiten in dem 35jährigen Zeitabschnitt dient die Curventafel II. Die Summe aller venerischen Krankheiten erreicht im Jahre 1860 die Höhe von 316 auf 1000 Mann, also 316 ‰, fällt dann continuirlich mit alleiniger Ausnahme des Jahres 1867 bis auf 139 ‰ im Jahre 1875, um in den folgenden 10 Jahren sich wieder bis zu 275 ‰ (1885) zu erheben und noch einmal in 10 Jahren auf 173 ‰ (1895) zu fallen.

Wir haben also einen zweimaligen starken Abfall und einen Anstieg zu verzeichnen. Der erste Abfall liegt nur theilweise in dem Zeitraum, wo die Contagious diseases Act. in Geltung stand, nämlich von 1866—1875, während der zweite Abfall stattgefunden hat, als jegliche Reglementirung aufgehört hatte. Wenn wir daher schon aus diesen Thatsachen heraus nicht ohne weiteres den Abfall der Krankheitsziffer in den Jahren 1867—1875 auf Rechnung der Contagious diseases Act. setzen können, so werden wir sogar zu einer entgegengesetzten Ansicht verleitet, wenn wir bedenken, dass während der Contagious diseases Act. vom Jahre 1875 bis 1882 ein bedeutender Anstieg der Krankheitsziffer erfolgte.

Allerdings kennen wir noch einen zweiten bestimmten Factor, der auf die Krankheitsziffer von Einfluss gewesen ist oder gewesen sein kann: Die stoppage of pay. Vom Jahre 1874 bis 1879 wurde den wegen Geschlechtskrankheiten im Spital behandelten Soldaten der Lohn während der Dauer der Krankheit entzogen, mit Ausnahme der an secundärer Syphilis leidenden. Es ist wohl anzunehmen, dass diese Maassregel zur Verheimlichung und damit zur scheinbaren Verminderung der Geschlechtskrankheiten geführt hat, besonders in den ersten Jahren ihrer Wirkung, so dass der starke Abfall im Jahre 1874 und 1875 wohl auf das Conto dieser Massregel gesetzt werden kann, während in den weiteren Jahren trotzdem ein Anstieg erfolgt. Der excessiv steile Anstieg im

Jahre 1880 fällt mit der Aufhebung der stoppage of pay zusammen, und darf daher vielleicht mit diesem Ereigniss causal verbunden werden.

Jedenfalls können wir aus dieser Curve keine Schlussfolgerung ziehen auf eine Wirksamkeit der Reglementirung in den Jahren 1867 bis 1882 und überhaupt für unseren Zweck nichts daraus entnehmen.

Zu etwas mehr Einsicht gelangen wir, wenn die Curve der Summe der venerischen Krankheiten in die Curven der einzelnen Krankheitsgruppen zerlegt wird.

1. Die Gruppe der primary shores, der Schanker. Diese Gruppe begreift sowohl den syphilitischen wie den nichtsyphilitischen, weichen Schanker in sich, die bis zum Jahre 1886 in der englischen Armee nicht unterschieden, sondern unter einer Rubrik geführt wurden.
2. Die Krankheitsgruppe der Gonorrhoe.
3. Die Gruppe der secundären Syphilis.

Das Verhältniss dieser 3 Gruppen zeigt Curventafel II. Die Schanker- und Gonorrhoecurve zeigen einen ähnlichen Verlauf. Es machen sich indessen schon 2 Unterschiede bemerkbar.

Erstens die Schankercurve hat grössere Excursionen, sie beginnt 1860 höher als die Gonorrhoecurve und fällt dann tiefer hinab, um beim gemeinsamen Anstieg wieder höher zu steigen (1883—1886) und wiederum bis 1895 tiefer abzufallen. Wenn wir für den gemeinsamen (ähnlichen) Verlauf beider Curven gleiche Ursachen annehmen, so müssen wir aus diesem Unterschied schliessen, dass diese Ursachen stärker auf die Schankercurve, schwächer auf die Gonorrhoecurve gewirkt haben. Das ist schon eine gewonnene Erkenntniss, die sich später, wie wir sehen werden, noch vertiefen wird.

Ein zweiter Unterschied besteht darin, dass die Schankercurve viel gleichmässiger verläuft, als die der Gonorrhoe, welche

bedeutendere Jahresschwankungen aufweist, so dass die Curve zickzackartiger wird, es wechseln häufiger unmittelbar steiler Anstieg und Abfall. Auch das ist bedeutsam.

Betrachten wir die Curve der secundären Syphilis, so fällt uns neben ihrer tiefen Lage die Incongruenz mit den anderen Curven auf. Vielfach steigt sie direct, während die anderen fallen und umgekehrt: so von 1860—1863, von 1871—1875, von 1875—1877, von 1885—1887. Das werden wir später zu erklären haben. Einen Einfluss der Contagious diseases Act. werden wir aber aus diesen drei Curven ebensowenig erschliessen können, als aus der Curve aller venerischen Krankheiten zusammen.

Zerlegen wir aber weiter die Curven der drei Krankheiten in je zwei Curven der 14 reglementirten und 14 nichtreglementirten Stationen, so erhalten wir auf Curventafel III sechs Hauptcurven, die sich vom Jahre 1860—1884 (1886) erstrecken und denen noch vier später zu besprechende kleinere Curven beigefügt sind.

Die Schankercurve der 14 reglementirten Stationen zeigt einen Abfall bis zum Jahre 1876 und einen Anstieg bis 1884. Der Anstieg im Jahre 1883 und 1884 nach Aufhebung der Reglementirung (1882) ist so charakteristisch, dass wir wohl in Versuchung kommen, ihn deswegen diesem Ereigniss zuzuschreiben, ein gleich steiler Anstieg von 1879—1880 fällt mit der Aufhebung der Stoppage of pay zusammen. Sicherheit werden wir allerdings aus der Betrachtung einer einzelnen Curve für sich allein nicht erhalten, denn „post hoc, ergo propter hoc“ ist hier nicht anwendbar; erst wenn wir durch Heranziehen und Vergleich der anderen Curven Ursachen ausschliessen oder Wahrscheinlichkeitsgründe für ihr Vorhandensein verdoppeln oder verdreifachen können, ist ein sicherer Schluss gestattet. Die Schankercurve der 14 nichtreglementirten Stationen verläuft von 1860—1862 tiefer und annähernd parallel der anderen, vereinigt sich im Jahre 1863 mit ihr, um sich bis zum Jahre 1873 unter grossen Jahresschwankungen

ziemlich auf gleicher Höhe zu halten, macht alsdann den Abfall der Jahre 1874 und 1875 und den darauffolgenden Anstieg, wie die andere Schankercurve, mit, um von der höchsten Ziffer 188 im Jahre 1883 auf 160 (1884) abzufallen.

Vergleichen wir beide Schankercurven miteinander, so können wir gleichgerichtete und entgegengesetzte Bewegungen unterscheiden. Bis zum Jahre 1863 halten sich beide Curven gleich gerichtet, von da an stürzt die erste Curve weiter ab, während sich die zweite in gleicher Höhe hält; dann folgt wieder eine gleich gerichtete Bewegung bis zum Jahr 1883, die man als einen nach unten convexen Bogen bezeichnen kann, und schliesslich eine diametral entgegengesetzte von 1883 — 1884.

Für die gleichgerichteten Bewegungen dürfen wir gleiche Ursachen, für die entgegengesetzten Bewegungen verschieden wirkende Ursachen annehmen.

Bis zum Jahre 1863 wirken auf beide Curven im gleichen Sinne Ursachen, die wir vielleicht in den allgemeinen hygienischen Maassnahmen für das Kasernenleben, die in diesen Jahren eingeführt wurden, zu suchen haben. Während nun in den nicht reglementirten Stationen diese günstige Wirkung nur bis zum Jahre 1863 (oder eigentlich 1862) sichtbar ist und von da ab aufhört, steigert sie sich bei den reglementirten noch weiter. Mit dem Jahre 1864 tritt aber schon die erste provisorische Act. in Kraft, die nur die erste Curve beeinflussen kann. Die Erklärung für die folgende Differenz der Curven werden wir daher in dieser Act. suchen müssen, da eine andere Ursache nicht bekannt oder auffindbar ist. Der Abfall der ersten Curve vom Jahre 1864 — 1873 ist also durch die Reglementirung hervorgerufen.

Von diesem Jahre an tritt wieder eine coordinirte Bewegung ein, der nach unten convexe Bogen in den Jahren der Stoppage of pay, der auf eine gleiche Ursache, die Lohnentziehung hinweist. Ganz besonders gilt das für das Jahr 1880, das ein schroffes Steigen beider Curven zeigt. Die zweite Curve steigt allerdings bedeutend

steiler, was seinen Grund in einer Accumulirung beider Ursachen: „Nichtreglementirung und Aufhebung der Stoppage“ haben kann, oder auch in dem Mitwirken anderer Ursachen (ungünstige locale Verhältnisse, Recrutirungsänderungen, Einstellen zahlreicher Recruten u. s. w.).

Diese letztere Annahme wird ausser aus später zu besprechenden Gründen durch den weiter erfolgenden Anstieg bis zum Jahre 1883, der wohl nicht mehr mit der Aufhebung der Stoppage of pay in Zusammenhang gebracht werden kann, wahrscheinlich gemacht, zumal die Curve der reglementirten Stationen vom Jahre 1880 auf 1881 nicht mehr, und auch auf 1882 nur wenig steigt, mithin eine vermehrte Wirkung der Aufhebung der Stoppage in diesen Jahren nicht mehr vorhanden ist. Dann erfolgt aber bei dieser Curve zugleich mit der Aufhebung der Contagious diseases Act ein steiler Anstieg von 78 auf 110 und 138 ganz im entgegengesetzten Sinne zu der Bewegung der zweiten Curve, die von 179 (1882) auf 160 (1884) abfällt. (Wenn auch das Jahr 1883 noch eine Erhöhung auf 188 bringt, so ist im Ganzen genommen die Bewegung doch eine abwärts gerichtete und zwar von 179 auf $\frac{188 + 160}{2} = 174$).

Dieser Contrast ist nur durch verschieden wirkende Ursachen zu erklären. Auf die erste Curve wirkt die Aufhebung der Contagious diseases Act. im Mai 1883 und zeigt die Wirkung durch steilen Anstieg.

Auf die zweite Curve hat die Act nie gewirkt, sie hängt von zeitlichen und localen Verhältnissen ab. Deutlicher als in dem entgegengesetzten Verlauf der beiden Curven beim Beginn und Schluss der Act kann sich ihre Wirkung nicht zeigen.

Nun könnte allerdings ein besonders skeptisch veranlagter Kritiker oder Abolitionist doch noch sagen: er gebe zwar zu, dass die obigen Deductionen richtig sein könnten, dass sie sogar die

Wahrscheinlichkeit für sich haben; die Verhältnisse könnten aber doch noch anders liegen. Es könnten beim Beginn der Contagious diseases Act günstige locale Verhältnisse gerade für die 14 reglementirten Stationen bestanden haben und ebenso beim Schluss der Act besonders ungünstige. Abgesehen davon, dass diese Annahme sehr complicirt ist und dass thatsächlich von derartigen localen Verhältnissen nichts bekannt ist, so lässt sie sich auch direkt widerlegen. Dazu müssen wir allerdings zuerst die Gonorrhoecurven betrachten.

Die Gonorrhoecurve der reglementirten Stationen fällt bis zum Jahre 1865 und steigt darauf bis 1868, um dann unter grossen jährlichen Schwankungen etwas zu sinken, beim Beginn und Schluss der stoppage of pay den uns schon bekannten Ab- und Anstieg zu machen, und alsdann in fast gerader Linie vom Jahre 1880 bis 1884 fortzulaufen. Gerade der Verlauf in den zwei letzten Jahren ist charakteristisch. Durch die Aufhebung der Contagious diseases Act wird die Curve nicht im Mindesten alterirt, während die Curve der Schanker den enormen Anstieg macht. Dasselbe sehen wir beim Beginn der Act. In den Jahren 1864—1866 zeigt die Curve nur ganz unbedeutende Schwankungen, während beim vollen Inkrafttreten der Act im Juni 1866 die Curve sogar in die Höhe steigt und diese Steigung noch im Jahre 1868 weiter fortsetzt. Also auch beim Beginn der Act fehlt jegliche Wirkung auf die Gonorrhoe. Das zeigt sich auch im Vergleich zur Schankercurve. Bis zum Jahre 1863 halten sie sich ziemlich dicht zusammen; von da an gehen sie auseinander. Während die Gonorrhoecurve sich mehrmals mit der Schankercurve der nicht reglementirten Stationen kreuzt, hält sie sich während der ganzen Act erheblich höher als die Schankercurve der reglementirten Stationen, um sofort beim ersten Jahr nach Aufhebung der Act tiefer zu stehen als diese. Kann es etwas Charakteristischeres geben für das verschiedene Verhalten von Schanker und Gonorrhoe gegenüber der Reglementation?

Wir dürfen zunächst den Schluss ziehen, dass eine Einwirkung der Act auf die Erkrankungziffer der Gonorrhoe nicht vorhanden gewesen ist. Das wird indessen noch klarer, wenn wir auch die Gonorrhoecurve der nicht reglementirten Stationen zum Vergleich heranziehen. Diese liegt bis zum Jahre 1873 in ziemlich gleicher Höhe mit der anderen Gonorrhoecurve, allerdings unter starken Jahresschwankungen. Es ist daher, um über das Verhältniss beider Curven klar zu werden, vortheilhaft, die durchschnittliche Erkrankungsziffer mehrerer Jahre auszurechnen, wie das die Curventafel IV veranschaulicht. Bis zum Jahre 1866 ist die Erkrankungsziffer der reglementirten Stationen nahezu gleich derjenigen der nicht reglementirten, im folgenden Zeitabschnitt fallen beide gemeinsam ab, die der nicht reglementirten sogar etwas stärker, also von einer Wirkung der Act während der ersten sieben Jahre, in denen sie in ganzer Kraft bestand, ist nichts zu merken.

Allerdings gehen die Curven nun in den beiden folgenden Jahresabschnitten 1874—1879 (stoppage of pay) und 1880—1882 stark auseinander. Man wird aber nicht wohl daran denken können, dieses Auseinandergehen einer erst nach sieben Jahren eintretenden Wirkung der Act zuzuschreiben, sondern muss andere später zu besprechende Ursachen annehmen, durch welche die nicht reglementirten Stationen ungünstiger gestellt werden als die reglementirten. Das zeigt sich ja auch in den Schankercurven, die in den beiden Zeitabschnitten einen viel grösseren Unterschied aufweisen (s. Tabelle IV), als in den sieben vorhergehenden Jahren, in denen die Act in Kraft war. Durch diese Uebereinstimmung wird eine derartige Annahme zur Gewissheit. Die Abolitionisten*) haben daher zum Theil Recht, wenn sie betonen, dass die reglementirten Stationen schon von vornherein besser als die 14 nicht reglementirten zum Vergleich ausgesuchten Stationen stehen, aber sie haben eben nur

*) Möller, Bulletin de l'Academie royale de médecine de Belgique 1886.

zum Theil darin Recht, für die Jahre 1874 oder 1873—1884, nicht aber für die Jahre 1860—1874, wie das die Curventafel IV aufs Deutlichste beweist. In dem vor der Act liegenden Zeitabschnitt sind die durchschnittlichen Erkrankungsziffern aller Geschlechtskrankheiten höher in den später reglementirten, als in den nicht reglementirten Stationen. Der Vorwurf der Abolitionisten, dass die Auswahl der 14 Stationen parteiisch vorgenommen sei, ist daher nicht zutreffend. Gab doch der Vergleich zwischen je 14 Stationen, die bis zum Jahre 1866 nahezu gleiche Erkrankungsziffer aufwiesen, die besten Aussichten auf richtige Schlussfolgerungen. Im Laufe von 24 Jahren können sich aber die Gesundheitsverhältnisse von Garnisonen sehr ändern. Das ist auch hier der Fall, und zwar betrifft es fast ausschliesslich die beiden grossen Garnisonen in den Hauptstädten London und Dublin, die nahezu die Hälfte der gesammten Kopfstärke der 14 nicht reglementirten Stationen ausmachen. Es ist wohl begreiflich, dass in diesen grossen Städten, zumal bei ihrer enormen Entwiklung in diesen Jahren, die Gesundheitsverhältnisse andere werden können. Thatsächlich zeigen die Schankercurven von London und Dublin (siehe Curventafel VII) ein beständiges Wachsen der Krankheitsziffer bis zum Jahre 1882 resp. 1883.

Diese localen Verhältnisse verursachen also die Differenz der Gonorrhoecurven, nicht aber etwa eine nach sieben Jahren der Unwirksamkeit plötzlich eintretende Wirkung der Act auf die Gonorrhoe. Aus der Betrachtung der Gonorrhoecurven geht also mit absoluter Sicherheit hervor, dass eine Wirkung der Cantagious diseases Act auf sie nicht besteht.

Während die Erkrankungsziffer der Gonorrhoe meistentheils im gleichen Sinne wie die des Schankers von localen und allgemeinen Ursachen beeinflusst wird, wie das die im Allgemeinen gleich gerichteten Schanker- und Gonorrhoecurven zeigen (Curventafel II und III), zeichnet sich die Cantagious deseases Act eben gerade durch eine ganz isolirte Wirkung auf die Schankercurven

aus. Das zeigt sich in charakteristischer Weise im ersten Jahr nach Inkrafttreten der Act. Die beiden Gonorrhoecurven und die Schankercurve der nicht reglementirten Stationen steigen steil an, die Schankercurve der reglementirten Stationen nur gelinde. Nicht weil die Act auf die Erkrankungsziffer unwirksam war steigt diese Curve etwas, sondern trotz der Wirkung der Act, weil die Verhältnisse des Jahres sehr ungünstige waren, wie das die drei anderen Curven beweisen.

Noch klarer tritt das in den Jahren nach der Aufhebung der Act zu Tage. Die Gonorrhoecurve (der regl. Stationen) hält sich in gleicher Höhe von 1880—1884, als Zeichen für annähernd gleichbleibende Gesundheitsverhältnisse, während die Schankercurve schroff emporsteigt, allein erklärbar durch die Aufhebung der Act.

Die Schlussfolgerungen, die wir schon aus den Schankercurven allein ziehen konnten, werden durch die der Gonorrhoe verificirt. Das Abfallen der Schankercurve in den Jahren von 1867—1873 und das Ansteigen in den Jahren 1883 und 1884 ist durch die Contagious diseases Act verursacht und nicht etwa durch anderweitige, besonders günstige Umstände im ersten und besonders ungünstige im zweiten Zeitabschnitt; also: eine Wirkung der Reglementirung auf die Erkrankungsziffer der Schanker besteht; besteht dagegen nicht auf die der Gonorrhoe.

Ich könnte mich nun sehr wohl mit den bisher beigebrachten Beweisen für die Richtigkeit dieser Schlussfolgerungen begnügen, da ich sie für unanfechtbar halte, aber es giebt immer kurzsichtige Gegner, die weniger durch die Qualität als durch die Quantität der Gründe überzeugt werden können. Deshalb seien die Beweise gehäuft.

Sind meine Schlussfolgerungen richtig, so muss sich der positive und negative Einfluss der Act auch auf Gestaltung und den Charakter der Curven bemerkbar oder nicht bemerkbar machen.

Schon auf Seite 29 habe ich auf zwei Unterschiede hingewiesen, die sich zwischen der Schanker- und Gonorrhoecurve be-

merken lassen. Die Schankercurve der gesammten Armee (Curventafel II) zeigt im Allgemeinen grössere Excursionen als die der Gonorrhoe, verläuft aber ruhiger als diese. Dieser Unterschied tritt noch deutlicher auf Curventafel III hervor. In ruhigem Fluss verläuft die Schankercurve der reglementirten Stationen in einem grossen, nach abwärts gerichteten tiefen Bogen, in einer Zickzacklinie dagegen die entsprechende Gonorrhoecurve. Etwas weniger deutlich ist dasselbe bei den beiden entsprechenden Curven der nicht reglementirten Stationen der Fall, wofür wir späterhin den Grund finden werden.

Wenn dieser Charakterunterschied nicht zufälliger Natur ist, muss er sich auch bei den Curven der einzelnen Stationen zeigen. Ich habe daher aus den auf Tabelle VI(1) — VI(5) gegebenen absoluten Erkrankungszahlen von sechs reglementirten Stationen die ‰-Zahlen ausgerechnet*) und danach auf Curventafel V und VI die einzelnen Curven der Gonorrhoe und des Schankers aufgezeichnet. Der Unterschied der beiden Curventafeln ist in die Augen springend.

Bis zum Jahre 1866 zeigen die Schankercurven zwar auch zahlreiche An- und Abstiege von einem zum anderen Jahre, werden indessen von den Gonorrhoecurven hierin noch übertroffen. Charakteristisch ändert sich aber das Bild in der Zeit der Reglementirung von 1867 — 1873.

Während die Gonorrhoecurven wild durcheinander gehen, zeigt sich in den Schankercurven ein ständiger gemeinsamer Abfall, nur durch kleine Anstiege unterbrochen. In der Zeit der stoppage of pay (1874 — 1880) verlaufen beide Curvenarten verhältnissmässig am ruhigsten, aber immer noch in ihrem Charakter verschieden, der sich dann in den letzten vier Jahren bis 1884 wieder deutlicher ausprägt.

Dieser Charakterunterschied ist aber nun wichtig, um den Einfluss der Reglementirung festzustellen; er muss prägnanter werden

*) Z. Th. habe ich sie auch in dem Army medical Report gefunden.

durch die Reglementirung, da durch diese die Erkrankungsziffer der Gonorrhoe nicht beeinflusst wird, wohl aber die des Schankers. Das zeigt sich nun auch während der ganzen Dauer der Act, am deutlichsten in den Jahren 1867—1873. Die Schankercurven sind, beeinflusst durch die Reglementirung, nicht nur regelmässiger, gleichlaufender als in den Jahren vorher, sondern der Unterschied zwischen ihnen und den Gonorrhoecurven derselben Jahre ist geradezu enorm.

Das ist sicherlich ein schöner und durch nichts zu widerlegender Beweis für die oben aufgestellten Behauptungen. Doch könnte vielleicht eingewendet werden, dass der gleichmässige Verlauf der Schankercurven durch andere Einflüsse während der Zeitdauer der Act, nicht aber durch sie selbst hervorgerufen sei. Deshalb habe ich auch die Schankercurven von sechs nicht reglementirten Stationen während der Jahre 1867—1884 auf Curventafel VII aufgezeichnet. Nichts ist dort von einer Gleichmässigkeit wahrzunehmen, nur die Jahre der stoppage of pay zeigen übereinstimmend den schon mehrfach erwähnten Bogen nach unten.

Der gleich gerichtete Verlauf der Schankercurven während der Act ist daher nur der Reglementirung zuzuschreiben.

Noch etwas anderes lehren indessen diese Curventafeln. Ich habe absichtlich unter die sechs Stationen die grösste Garnison Aldershot (10—14 000 Mann) und die kleinste Maidstone (ca. 200 bis 400 Mann) gewählt. Jene hat sowohl auf Curventafel V wie VI den ruhigsten, diese den unruhigsten Verlauf. Wir können daraus schliessen, dass — wie übrigens auch die anderen Garnisoncurven zeigen — je kleiner die Station ist, um so grösser die jährlichen Schwankungen sind und umgekehrt. In den kleinen Garnisonen spielen eben zufällige locale, von Jahr zu Jahr wechselnde Einflüsse eine viel grössere Rolle als bei den grossen Stationen, in denen derartige Einflüsse mehr paralysirt werden; ja diese localen Einflüsse können bei kleinen Garnisonen so gross werden, dass sie den wahren Gang der Erkrankungsziffern vollkommen verschleiern.

Zu welchen Trugschlüssen könnte beispielsweise die Maidstoner Schankercurve Veranlassung geben, die im Jahre 1883 nach Aufhebung der Act stark abfällt! Wir dürfen daraus die Lehre ziehen, dass wir mit kleinen Zahlen auf diesem Gebiet überhaupt nicht oder doch nur mit äusserster Vorsicht operiren sollen. Das gilt auch für die früher auseinandergesetzten Verhältnisse in Colmar, Breslau, Stuttgart. Wie anders verhalten sich dagegen die beiden Aldershoter Curven, welche die schönsten Belege sind für alles das, was ich über die Gonorrhoe- und Schankercurven gesagt habe.

Ich habe noch den Grund dafür anzugeben, warum die Schankercurve der nicht reglementirten Stationen überhaupt so verhältnissmässig unruhig verläuft (s. S. 37); das ersehen wir aus der Curventafel VII. Während auch die 14 reglementirten Stationen schon an und für sich unter sehr differirenden Gesundheitsverhältnissen stehen, wie das Curventafel V während der Jahre 1860 bis 1867 zeigt, sind die Unterschiede der einzelnen Stationen der 14 nicht reglementirten geradezu ausserordentlich, wie das die Curven der kleinen Stationen Athlone und Hounslow einerseits, die der grösseren von London und Dublin andererseits beweisen. Welch gewaltige Unterschiede in der Erkrankungsziffer! Da ist es auch kein Wunder, dass beim Summiren der Erkrankungsziffer von so verschieden gestellten Stationen grosse jährliche Schwankungen resultiren.

Ich könnte nunmehr nach doppelter und dreifacher Beweisführung die Betrachtung über die englische Statistik schliessen, wenn es mir nicht nöthig oder doch wenigstens wünschenswerth erschiene, Einwände, die schon gemacht sind oder die man noch machen könnte, zu widerlegen. Dieser Einwände giebt es dreierlei.

1. Der Vergleich der 14 reglementirten Stationen mit den 14 willkürlich ausgewählten, nicht reglementirten Stationen ist unstatthaft.
2. Die verderbliche Wirkung der Act zeigt sich am deutlichsten darin, dass, nachdem ihre schädlichen Folgen

bis zum Jahre 1885 gedauert haben, nunmehr ein beständiger Abfall der Erkrankungsziffer eingetreten ist.

3. Die Reglementirung hat zwar auf die Erkrankungsziffer der Schanker, nicht aber auf die der secundären Syphilis eine Einwirkung ausgeübt.

1. Schon früher habe ich erwähnt, dass die Gegner der Act behaupten, dass die 14 nicht reglementirten, zum Vergleich ausgewählten Stationen von vornherein ungünstiger gestellt seien als die 14 reglementirten Stationen und dass deshalb ein Vergleich fehlerhaft sei. Ich habe an jener Stelle auch das, was wahr an dieser Behauptung ist, nachgewiesen und gezeigt, dass für den Zeitabschnitt etwa von 1874—1884 die 14 nicht reglementirten Stationen thatsächlich ungünstiger gestellt sind. Um nun für diesen Zeitabschnitt auch einen Vergleich der übrigen nicht reglementirten Stationen zu ermöglichen, habe ich die Erkrankungsziffer für die Jahre 1878—1884 theils aus direkten Angaben der Army medical department report entnommen oder ausgerechnet und die Curve für diese Jahre aufgezeichnet (Curventafel III). Für die anderen Jahre die Krankheitsziffer zu berechnen, reichten die in den einzelnen Jahrgängen wechselnden Angaben nicht aus, so dass ich darauf verzichten musste. Indessen genügt auch diese theilweise Curve vollständig, um einen neuen Beweis meiner Schlussfolgerungen zu geben.

Die Schankercurve liegt allerdings beträchtlich tiefer als die der 14 nicht reglementirten Stationen und bis zum Jahre 1882 in etwa gleicher Höhe mit der der reglementirten. Also während der Reglementationszeit haben die zahlreichen kleinen (wohl nahezu 100 betragenden) Stationen die naturgemäss weit besser als die grossen Garnisonen gestellt sind, die gleiche Erkrankungsziffer an Schankern, während das Jahr 1883 und 1884 nach Aufhebung der Act sofort eine enorme Differenz bringt. Umgekehrt zeigt die Gonorrhoecurve, die ebenfalls bis zum Jahre 1882 fast parallel und gleich hoch mit der der reglementirten Stationen geht, keine oder

nur eine verschwindende Differenz in den Jahren nach der Aufhebung der Reglementirung. Anstatt einen Gegenbeweis zu liefern, geben also auch diese Curven einen neuen Beleg für die Wirksamkeit der Reglementirung bei Schanker und ihre Nichtwirksamkeit bei Gonorrhoe.

2. Vom Jahre 1885 fällt die Schankercurve der reglementirt gewesenen Stationen. Das könnte so gedeutet werden, dass nunmehr, nachdem die üblen Folgen der Act im Jahre 1885 ausgeglichen und normale Verhältnisse eingetreten seien, gerade dadurch die Schankererkrankungen abnahmen. Gesetzt es wäre so und das Fallen der Schankercurve wäre noch eine späte Folge der Aufhebung der Act, so dürfte doch nicht auch gleichzeitig die Gonorrhoecurve fallen, da die Act auf die Erkrankungsziffer der Gonorrhoe keinen Einfluss hat. Nun fällt diese, soweit ich sie für die 14 früher reglementirten Stationen habe feststellen können, bis 1887 aber auch mit. Also kann das Fallen der Schankercurve nicht mehr mit Nachwirkungen der Reglementirungen — wenn auch nur negativen — in causalen Zusammenhang gebracht werden. Die Schankercurve der gesammten Armee fällt aber (s. Tabelle III) weiter gemeinsam mit der der Gonorrhoe andauernd bis zum Jahre 1895, ein strikter Beweis, dass ganz andere Ursachen dafür in Rechnung zu stellen sind, wie ein Nachwirken der Act-Aufhebung.

Wir dürfen wohl annehmen, dass allgemeine Verhältnisse hieran schuld sind. Thatsächlich besitzen wir eine Zahlenreihe, welche darthut, dass schon seit Mitte der siebziger Jahre eine allgemeine Besserung der Gesundheitsverhältnisse bezüglich der Geschlechtskrankheiten in England eingetreten ist, die sich vom Jahre 1885 in verstärktem Maasse bis 1895 fortsetzt. Die Zahl der wegen Syphilis zurückgewiesenen Mannschaften bei der jährlichen Rekrutirung, bei der circa 50 000 Mann untersucht werden, giebt gewiss einen vergleichbaren Maassstab ab. Wir sehen nun (Tabelle V), dass diese Zahl von 9,05 ‰ im Jahre 1860 auf 16,51 ‰ im Jahre 1874 steigt und dann continuirlich bis 1895 auf 3,48 ‰ fällt,

besonders rasch seit 1885, das noch eine fast dreifach so hohe Zahl aufweist, wie das Jahr 1895.

Die Gesundheitsverhältnisse der achtziger und neunziger Jahre sind nicht nur bedeutend besser, als die der siebziger, sondern auch als die der sechziger Jahre und stehen somit im besten Einklang mit den seit 1885 stetig fallenden Schanker- und Gonorrhoecurven der gesammten englischen Armee. Wir sehen ferner aus dieser Zahlenreihe, dass die Contagious diseases Act in einem verhältnissmässig ungünstigen Zeitraum einsetzt, in der der $^0/_{00}$-Satz der wegen Syphilis zurückgewiesenen Mannschaften relativ am höchsten ist. Die Reglementirung dürfte daher in ihrer Wirkung etwas höher angeschlagen werden, als es die thatsächlichen Zahlen erkennen lassen.

3. Ein Haupteinwand der Gegner der Act ist stets gewesen, dass die secundäre Syphilis nicht durch die Reglementirung beeinflusst worden ist. Ein Blick auf die Curventafel III lehrt allerdings, dass die Differenz der Syphiliscurven der 14 reglementirten und der 14 nicht reglementirten Stationen scheinbar nur unbedeutend von einander abweichen, während die Differenz der Schankercurven eine viel bedeutendere ist. Man muss indessen dabei bedenken, dass die Syphiliscurven sich in viel niedrigeren $^0/_{00}$-Sätzen bewegen, so dass kleine absolute doch grosse relative Differenzen sind. So ist beispielsweise die Differenz des Jahres 1878 nur 21 $^0/_{00}$ (42 — 21), thatsächlich ist aber die Erkrankungsziffer der nicht reglementirten Stationen doppelt so gross wie die der reglementirten; also, je nachdem man rechnen will, 50 oder 100 $^0/_0$ höher. Das Gleiche gilt — wenn auch nicht in so excessiver Weise — von allen Jahren des Bestehens der Act mit Ausnahme des ersten, in welchem die Syphiliscurve der reglementirten Stationen, gleichwie die Schankercurve sogar einen leichten Anstieg macht und höher steht als die der nicht reglementirten Stationen. Umgekehrt ist in der Zeit vor der Reglementirung die Erkrankungsziffer an Syphilis stets höher bei den später reglementirten Stationen wie bei den

nicht reglementirtirten. Die günstige Wirkung der Act tritt also auch bei der secundären Syphilis zu Tage, wenn auch nicht mit der Deutlichkeit und Prägnanz wie bei dem Schanker.

Um dieses und einige andere Eigenthümlichkeiten der Syphiliscurven zu verstehen, ist es nothwendig, einen hier wesentlich in Betracht kommenden Unterschied des „Schankers“ und der „secundären Syphilis“ zu besprechen. Der Schanker entsteht stets durch direkte Infection. Seine Erkrankungsziffer zeigt also zuverlässig die in dem Jahre erfolgten und beobachteten Infectionen an. Die secundäre Syphilis ist aber eine Folge der einen Art Schanker, der harten oder syphilitischen, die nicht nur in dem Jahre, in dem dieser erworben ist, sondern auch in dem nächsten und in späteren Jahren auftreten kann und auftritt.

Deshalb ist die jährliche Zahl der secundären Syphiliserkrankungen nichts weniger als ein Maassstab dafür, wieviel syphilitische Infectionen in dem Jahre erfolgt sind. Man kann sich sehr wohl den Fall denken, dass in einem Jahr mehrere syphilitische Infectionen stattfinden, ohne dass eine einzige Erkrankung an secundärer Syphilis als solche notirt wird, während umgekehrt in einem Jahre zahlreiche secundäre Erkrankungen stattfinden ohne eine einzige syphilitische Primäraffection.

Es kann daher kommen, wie ich Eingangs schon erwähnt habe, dass die Syphiliscurve direkt entgegengesetzt der Schankercurve verläuft. Ein vergleichender Blick auf die Curventafel III wird dafür eine ganze Reihe von Beispielen finden. Noch häufiger hinkt die Syphiliscurve in ihren An- und Abstiegen der Schankercurve um ein oder zwei Jahre nach. Wollen wir uns daher über eine wirkliche Ab- und Zunahme der Syphiliserkrankungen orientiren, so müssen wir grössere Jahresabschnitte zusammenfassen, in der naturgemäss dieses Verhältniss ausgeglichen wird. Das ist auf Curventafel IV geschehen.

Wir ersehen aus ihr, dass in den sieben Jahren vor der Reglementirung in den reglementirten Stationen mehr secundäre

Syphilis war als in den nicht reglementirten, dass dagegen in den ersten sieben Jahren das Verhältniss sich umkehrt. Während die Syphilis der nicht reglementirten Stationen nahezu dieselbe Höhe behält, fällt die der reglementirten von 36 ‰ auf 23 ‰, also um 36,1 Procent. Noch grösser wird der Unterschied in dem dritten Zeitabschnitt, der stoppage of pay, wo die secundäre Syphilis der nicht reglementirten Stationen 38 ‰, die der reglementirten nur 22 ‰, also über ein Drittel weniger beträgt.

Allerdings muss man bedenken, dass hier zwei andere Umstände mitwirken: 1. die in dieser Zeit relativ ungünstigere Lage der nicht reglementirten Stationen in Folge veränderter Verhältnisse der grossen Garnisonen London und Dublin, wie ich das vorher auseinandergesetzt habe, und 2. die stoppage of pay. Diese wurde bei den Schankern, nicht aber bei der secundären Syphilis angewandt. Es ist also ganz natürlich, dass die Syphilis gerade in dem Zeitabschnitt zunahm, wo die Schanker in Folge von Verheimlichung abnahmen, da umsomehr secundäre Syphilis entstehen musste, je mehr der primäre syphilitische Schanker verheimlicht und nicht oder ungenügend behandelt wurde. Deshalb sehen wir auf Curventafel IV die eigenthümliche Erscheinung, dass in der Zeit der stoppage die Syphilislinie der nicht reglementirten Stationen emporsteigt bis zur selben Höhe der Schankerlinie der reglementirten Stationen, während die Schankerlinie der nicht reglementirten Stationen am höchsten, die Syphilislinie der reglementirten Stationen am tiefsten steht.

Für die Wirkung der Reglementirung ist diese Tieflage durchaus bezeichnend. Obgleich die secundäre Syphilis nicht mit Lohnentziehung bestraft wurde und die stoppage geradezu die Zahl der secundären Syphiliserkrankungen vermehren musste, erfolgt in diesem Zeitraum dennoch ein wenn auch unbedeutender Abfall.

Ich glaube, dass der Einfluss der Act auf die secundäre Syphilis nicht klarer zu Tage treten kann, als es hier der Fall ist.

Ich widerstehe der Versuchung, hier alles das anzuführen, was ich aus den im Anhang wiedergegebenen Curven und einigen anderen herausgelesen habe und erlaube mir nur für Militärhygieniker zu bemerken, dass das vergleichende Studium dieser Curven — besonders der einzelnen Garnisonen — mit Curven über Grösse der Garnisonen, über die Grösse der Städte, in denen die Garnisonen liegen, über die Rekrutirung und Wechsel in der Kopfstärke der Garnisonen zu manch interessantem und, wie ich glaube, auch praktisch werthvollem Aufschluss über die Ursachen der häufig ganz enormen jährlichen Schwankungen der Erkrankungsziffer führt.

Ich begnüge mich, bewiesen zu haben, dass die Reglementirung günstig auf Schanker und Syphilis gewirkt hat, dagegen gar nicht gewirkt hat auf die Gonorrhoe.

Wer ein Freund von Zahlen ist, wünscht sicherlich diese günstige Wirkung ziffermässig ausgedrückt zu finden. Für ihn sei die Wirkung auf 25 Procent angegeben, d. h. die Wirkung der Contagious diseases Act schätze ich so, dass durch sie von 100 Syphilisinfectionen, die ohne sie erfolgt wären, 25 verhindert sind.

Dies zahlenmässige auf verschiedenen Wegen der Berechnung gefundene Resultat ist für den Zweck unserer Betrachtungen irrelevant. Deshalb sei mir die Darlegung der Berechnung erspart, zumal sie durchaus nicht einfach ist und zahlreiche Ueberlegungen, Abschätzungen und Wahrscheinlichkeitsberechnungen enthält, die ausserdem sicherlich noch in diesem oder jenem Punkt angreifbar sind.

IV. Kritik der jetzt üblichen Controlle der Prostitution.

Wir haben im vorigen Abschnitt gesehen, dass sich statistisch ein Nutzen der Controlle für die Verbreitung der Syphilis festlegen lässt, dass aber für die Gonorrhoe ein solcher nicht nur nicht nachgewiesen werden kann, sondern vielmehr der vollgültige Beweis geliefert worden ist, dass er nicht besteht.

Allerdings gilt dieser Beweis zunächst nur für die englische Armee und die Jahre 1866—1884, und es erscheint von vorne herein nicht zulässig, die dort gemachten Erfahrungen ohne Weiteres auch auf die übrige Bevölkerung und auf andere Länder zu übertragen.

Wir haben daher zu untersuchen, ob die durch die Statistik gewonnenen Resultate sich mit unseren Kenntnissen von Prostitution und Geschlechtskrankheiten überhaupt in Einklang setzen und somit auch theoretisch-wissenschaftlich begründen lassen.

Für den einfachen naiven Menschenverstand ist ja das statistische Resultat zunächst sehr überraschend. Von vorne herein glaubt man doch annehmen zu können, dass, wenn die Prostituirten ärztlich untersucht und die erkrankt befundenen behandelt werden, dadurch die Quellen der Infection in wirksamer Weise verstopft werden müssten. Das Auffallende des statistischen Resultates ist die fehlende oder doch sehr mangelhafte Wirkung der Reglementirung, die sich nur bei den Schankern und der Syphilis und auch bei diesen nur in mässiger Weise geltend macht.

Wir haben also unsere Aufmerksamkeit von Allem auf die Gründe zu richten, welche im Stande sein können, die Reglementirung so unwirksam zu machen.

A priori können die Gründe dafür zweierlei Art sein, sie können:

I. in Verhältnissen der Controlle selbst,

II. ausserhalb der Controlle liegen.

I. Verhältnisse der Controlle selbst:

1. Die Controlle selbst ist mangelhaft, sie entdeckt nur einen Theil der Geschlechtskrankheiten der Prostituirten.

2. Die Behandlung, die sich an die Controlle schliesst, ist ungenügend und keine oder nur wenige Prostituirte werden geheilt aus der Behandlung entlassen.

3. Es treten bei den geheilten Prostituirten Recidive der Krankheiten auf, so dass Controlle und Behandlung illusorisch sind.

II. Die Verhältnisse ausserhalb der Controlle.

4. Die unter Controlle stehenden Frauenzimmer bilden nur einen kleinen Bruchtheil der gesammten Prostitution, so dass die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten gar nicht wesentlich von ihnen abhängt.

5. Die venerischen Krankheiten haben eine so grosse Ausdehnung unter der mit der Prostitution in Verbindung tretenden Männerwelt erreicht, dass selbst bei vollkommensten Leistungen der Controlle die Resultate durch schnelles Wiedererkranken der Prostituirten in Folge von Neuinfection vernichtet werden.

Bevor wir zur näheren Betrachtung dieser fünf Punkte gehen, mache ich nochmals auf den Unterschied zwischen Gonorrhoe und Syphilis aufmerksam, der bisher bei den hygienischen Massregeln zum grossen Schaden der Sache vollkommen ignorirt worden ist.

1. Die Syphilis ist eine constitutionelle Krankheit, recidivirt von selber, und verleiht Immunität.

2. Die Gonorrhoe ist eine locale Krankheit, recidivirt — wenn vollkommen geheilt — nie von selber, verleiht aber keine Immunität.*)

*) Siehe Seite 5 und folgende.

1. Die Controlle selbst ist mangelhaft, sie entdeckt nur einen Theil der Geschlechtskrankheiten der Prostituirten.

A. Die Gonorrhoe. Dass die Controlle in Bezug auf die Gonorrhoe thatsächlich ganz ungenügend ist, daran zweifelt heute kein Eingeweihter mehr. Den statistischen Nachweis dafür können wir seit der Entdeckung der Gonococcen mit Sicherheit führen.

Neisser fand in Breslau im Januar 1888 durch sorgfältige Untersuchungen der Genitalsecrete unter 572 Prostituirten 217 mal Gonococcen (s. Seite 13), während im Verlauf der beiden vorhergehenden Jahre zusammen im Ganzen nur 53 (!) Prostituirte wegen Gonorrhoe in Behandlung kamen.

Wird die Gonorrhoe nur dann festgestellt, wenn die äusseren (klinischen) Symptome (eitriger Ausfluss) eine Erkrankung sicher nachweisen, so wird ein grosser Theil der Gonorrhoeen nicht entdeckt. Nun wird aber in den meisten Städten die Gonorrhoe nur nach den äusseren Symptomen festgestellt; die Controlle ist also thatsächlich ganz ungenügend.

Nehmen wir aber einmal an, es würde überall die obligatorische Untersuchung auf Gonococcen eingeführt, und es würden auch wirklich alle Fälle, in denen Gonococcen gefunden würden, als Gonorrhoeen betrachtet und behandelt, so wäre diese Controlle doch noch mangelhaft, denn die Erfahrung lehrt, dass Gonococcen nicht gefunden werden, in vielen Fällen, in denen sie doch vorhanden sind. Sie werden eben bei einer einmaligen Untersuchung nicht immer entdeckt. Aus eigener Erfahrung sind mir Fälle bekannt, in denen eine gonorrhoische Ansteckung des Mannes erfolgt war, also Gonococcen bei der Frau vorhanden sein mussten, von der die Ansteckung erfolgt war und bei der trotz mehrmaliger sorgfältigster Untersuchung der Secrete keine Gonococcen gefunden werden konnten.*)

*) Das Gleiche berichtet Hammer (Arch. f. Dermat. 1897, Bd. 38, S. 276: „In sieben Fällen dagegen gelang es mit dem besten Willen nicht, den Gonococcennachweis zu liefern. Eine von den Prostituirten hatte aller-

Nun kann aber die Untersuchung der Prostituirten auf Gonococcen gar nicht in der gründlichen Weise vorgenommen werden, wie sie es müsste, wenn sie ihren Zweck auch nur einigermaassen erfüllen sollte; denn sie würde einen zu grossen Aufwand an Zeit und Geld erfordern. So wie sie jetzt in einzelnen Städten (z. B. Breslau) durchgeführt wird (monatlich wird jede Prostituirte einmal auf Gonococcen untersucht) stellt sie zwar eine sehr wesentliche Verbesserung gegen früher dar, ist aber trotzdem noch ungenügend, wie das auch der begeisterte Anhänger dieser Gonococcenuntersuchung zugeben wird, wenn er aufrichtig sein will.

Die Controlle der Prostituirten auf Gonorrhoe ist daher jetzt thatsächlich absolut ungenügend, sie wird aber noch recht mangelhaft sein, wenn auch die Gonococcenuntersuchung in dem Umfange, wie es unter den jetzigen Verhältnissen möglich ist, überall eingeführt würde und sie wird selbst dann keine vollkommene sein, wenn die Gonococcenuntersuchung mit der überhaupt denkbar grössten Sorgfalt durchgeführt wird.

B. Ganz anders liegen die Verhältnisse bei der Syphilis. Jeder in der Syphilidologie durchgebildete*) Arzt kann syphilitische Erscheinungen als solche ohne Weiteres erkennen. Das Auffinden dieser Erscheinungen verlangt zwar einige Sorgfalt, ist aber mit irgend welcher Schwierigkeit nicht verknüpft. Wo bei einer sorgsamen Untersuchung syphilitische Erscheinungen nicht aufgefunden werden, kann man mit grosser Wahrscheinlichkeit annehmen, dass keine Syphilis, zum Mindesten keine direkte syphilitische Ansteckungsgefahr vorliegt.

Die Syphilis verhält sich in Bezug auf die Controlle diametral entgegengesetzt zur Gonorrhoe.

dings wiederholt an Metritis und Parametritis gelitten und die Urethra bot reichlich Eiterzellen, aber Gonococcen fehlten!" Desgl. Bröse, Berl. klin. Wochenschr. 1893.

*) Leider kann man das nicht von vielen Aerzten sagen. Es ist eine alte Klage, dass an unsern Universitäten kein obligatorischer Syphilisunterricht gegeben wird, aber sie hat bis jetzt nur taube Ohren gefunden.

2. Die Behandlung, die sich an die Controlle schliesst, ist ungenügend, und gar keine, oder nur wenige Prostituirte werden geheilt aus der Behandlung entlassen.

A. Die Gonorrhoe. Nehmen wir einmal an, dass alle Gonorrhoeen in der Controlle sistirt werden könnten und thatsächlich sistirt würden, so würde das doch nichts oder nicht viel nützen, denn wir können sie nicht heilen. Man braucht nicht mit Bröse und vielen Gynäkologen anzunehmen, dass jede Cervical- und Uterus-Gonorrhoe des Weibes unheilbar ist, es genügt für unsere Zwecke in Uebereinstimmung wohl mit allen Aerzten anzunehmen und einzugestehen, dass ein Theil der weiblichen Gonorrhoeen unheilbar ist und ein noch grösserer thatsächlich nicht geheilt wird. Ich habe mich vergeblich bemüht, statistische Zahlen über diese Unheilbarkeit der weiblichen Gonorrhoe zu finden, und ich vermuthe den Grund darin, dass es für keinen Arzt ein Vergnügen ist, seine schlechten Erfolge statistisch festzulegen.

Um jedoch meine Behauptungen in etwas objectiv zu stützen, erlaube ich mir die Ansicht eines Autors, der der Vorkämpfer der Gonococcenuntersuchung und Gonococcenbehandlung bei Prostituirten ist, auszuführen. Neisser sagt: (Ueber die Mängel der zur Zeit üblichen Prostituirtenuntersuchung l. c.) „Denn nach meiner nun auf viele Hunderte von Kranken sich erstreckende Erfahrung ist die Behandlung und Heilung der weiblichen Gonorrhoe noch ungleich schwerer als die der männlichen.“ Also noch ungleich schwerer!! Jeder Arzt, der chronische Gonorrhoeen des Mannes zu behandeln hat, weiss danach Bescheid, und ich brauche dem nichts hinzuzufügen.

Statistiken über die geheilten, ungeheilten und unheilbaren Gonorrhoeen der im Spital behandelten Prostituirten sind meines Wissens nicht vorhanden, denn was aus dem Spital entlassen wird, ist „geheilt“. Trotzdem liegen literarische Beweise vor, die das Gegentheil beweisen. Ich führe aus zahlreichen nur folgenden an: In dem vorzüglich geleiteten St. Lazarus-Hospital in Wien fand

Kopydowsky*) bei den zur Entlassung gekommenen, scheinbar gesunden Frauen in 10 % der Fälle Gonococcen. Er schliesst an seine Befunde folgende Bemerkungen: „Es erhellt demnach aus meinen Untersuchungen, dass die aus dem Hospital entlassenen und klinisch hinsichtlich der Gonorrhoe für gesund erklärten Prostituirten in der That nur relativ gesund sind. Wenn wir zur Bestimmung des Gesundheitszustandes der Prostituirten mit Rücksicht auf die Gonorrhoe das Mikroskop zur Hilfe nähmen oder gar mit Glycerin gesättigte und ausgepresste Tampone brauchten in der Weise, dass sie die ganze Nacht durch in der Vagina bis in die Portio vaginalis uteri liegen blieben, so würden wir uns wahrscheinlich überzeugen, dass nur wenig Prostituirte aus dem Hospital zu entlassen wären.“

B. Wiederum liegen bei der Syphilis die Verhältnisse diametral entgegengesetzt. In fast allen Fällen können wir mit Sicherheit in einer ganz bestimmten Zeit die syphilitischen Erscheinungen heilen. Die Syphilis gehört in dieser Beziehung zu den bestheilbaren Krankheiten.

3. Bei den „geheilten“ Prostituirten treten Recidive (Rückfälle) der Krankheiten auf, so dass Controlle und Behandlung illusorisch sind.

A. Wenn die Gonorrhoe wirklich geheilt ist, so recidivirt sie nicht von selber; ein Wiederauftreten der Krankheit ist alsdann immer auf eine neue Ansteckung zurückzuführen, davon soll hier nicht die Rede sein. Zahlreiche Gonorrhoeen werden aber nur scheinbar geheilt entlassen; entweder wenn — wie im St. Lazarus-Hospital — keine deutlichen klinischen Krankheitserscheinungen vorliegen, oder wenn — wie in einzelnen Städten — der Gonococcenbefund negativ ist. Nun könnte man vielleicht glauben, dass

*) Ueber die Häufigkeit des Vorkommens von Gonococcen und anderer Bakterien im Secrete des Cervix uteri bei scheinbar gesunden Prostituirten. Arch. f. Derm. 1895. Bd. 32, S. 344.

es gar nicht so wichtig sei, ob die Prostituirte vollkommen oder nur scheinbar geheilt sei, die Hauptsache sei, dass ein krankhafter Ausfluss und Gonococcen nicht mehr gefunden würden. Denn nunmehr sei eine Ansteckungsgefahr nicht mehr vorhanden oder jedenfalls viel geringer, als bei eitrigem Ausfluss und massenhaften Gonococcen. Das soll nicht geleugnet werden. Die Spitalbehandlung erreicht es sicher in den meisten Fällen, aus sehr ansteckenden und leicht ansteckenden Gonorrhoeen weniger ansteckende und schwer ansteckende zu machen.

Man darf indessen dieses Resultat auch nicht zu hoch anschlagen.

Unter den Schädlichkeiten des Prostitutionsgewerbes verschlimmert sich nämlich die latente (scheinbar geheilte) Gonorrhoe häufig sehr rasch wieder und recidivirt scheinbar, d. h. die Genitalien liefern wieder krankhaftes Secret, und Gonococcen können wieder aufgefunden werden.

Statistisches Material ist dafür natürlich nicht beizubringen. Aber eine Vorstellung von der Häufigkeit dieser Recidive können wir uns aus folgenden Thatsachen bilden. Von Neisser (l. c.) wurden ausser den schon mehrfach erwähnten 572 „frei vagirenden Puellis publicis“ gleichzeitig noch 188 im Arbeitshause internirte Prostituirte untersucht. Bemerkenswerther Weise waren hier nur 8, gleich 4,78 %, sichere Gonorrhoeen und 57 verdächtige zu constatiren; die acht sicheren Gonorrhoeen meist bei solchen Puellis, die erst seit kürzerer Zeit (zwischen $\frac{1}{2}$ — 3 Monaten) in Haft sich befanden.

Während unter 572 frei vagirenden Puellis 216 sichere Gonorrhoeen = 37,76 % und 57 verdächtige = nahezu 10 % waren, stellen sich die entsprechenden Zahlen bei den internirten auf 4,78 % und 30,2 %. Diese handgreifliche Differenz ist nur durch die Ruhe, die die Genitalien der Prostituirten im Gefängniss haben, zu erklären, denn es ist nicht anzunehmen, dass die im Arbeitshaus internirten Puellae bei ihrem Eintritt weniger gonorrhoisch

inficirt gewesen sind, als die frei vagirenden Prostituirten überhaupt, als welche sie bis zu ihrem Eintritt gelebt hatten. Wir dürfen also nicht annehmen, dass wirklich nur 4,78 % Gonorrhoeen unter den Internirten vorhanden waren, sondern dass mittels des Gonococcennachweises nur 4,78 % Gonorrhoeen gefunden worden sind, während die wirkliche Zahl der Gonorrhoeen nicht hinter der der frei vagirenden zurücksteht.

Umgekehrt dürfen wir schliessen, dass der sichere Nachweis von 37,76 % Gonorrhoeen bei den frei vagirenden Prostituirten nur durch den Umstand ermöglicht worden ist, dass die Prostituirten eben frei vagiren, dass in Folge der Schädlichkeiten des Gewerbes der krankhafte Process immer wieder von neuem angefacht und dadurch klinisch und mikroskopisch nachweisbar wird.*)

Das sind eben die Recidive, die die Gonorrhoe der Prostituirten aufweist.

Natürlich ist im einzelnen Falle eine Neuinfection nicht ausgeschlossen, aber die Differenz von 37,76 % der frei vagirenden und der 4,78 % der internirten Prostituirten ist zum grossen Theil auf das Conto der Recidive zu setzen.**)

B. Auch die Syphilis kann selbst nach gründlichster Spitalbehandlung recidiviren. Dieser allgemein bekannten Thatsache sind

*) Der geringe Procentsatz von 4,78 % nachgewiesenen Gonorrhoeen bei den internirten Prostituirten ist ein sicherer Beweis dafür, dass der negative mikroskopische Gonococcenbefund nur einen rein negativen Werth hat, und die mikroskopische Untersuchung auf Gonococcen vollkommen unfähig ist, durch negativen Befund Gonorrhoe auszuschliessen.

**) Dieser Schluss wäre nur dann fehlerhaft, wenn man annehmen dürfte, dass die Gonorrhoeen der im Arbeitshaus internirten Prostituirten dort thatsächlich ausheilten, so dass wirklich nur 4,78 % Gonorrhoeen übrig geblieben wären. Die grosse Zahl der verdächtigen Gonorrhoeen, 30,2 %, weist aber mit Sicherheit darauf hin, dass die Gonorrhoeen nur „latent“ geworden sind, aber thatsächlich noch bestehen. Es würde eine derartige massenhafte Spontanheilung auch unseren übrigen Erfahrungen widersprechen, wenn auch eine Heilung wohl in einzelnen Fällen als möglich zugegeben werden muss.

denn auch viele Aerzte durch die Forderung gerecht geworden, dass man die Behandlung der Syphilis nicht mit dem Spitalaufenthalt abschliessen solle, sondern dass man weiter ambulant die Prostituirten prophylaktisch behandeln müsse, um die Recidive zu verhindern. Diese durchaus berechtigte und nothwendige Forderung wird meines Wissens nirgends praktisch durchgeführt. Jetzt werden die aus dem Spital entlassenen syphilitischen Prostituirten ebenso wie alle anderen den regelmässigen Untersuchungen unterworfen und wiederum behandelt, wenn ein Recidiv entdeckt worden ist. Dann hat es aber schon kürzere oder längere Zeit bestanden, und die Syphilis kann schon vielen Männern mitgetheilt sein. Das ist ein grosser Fehler in der jetzigen Behandlung; aus ihm heraus erklärt es sich wenigstens zum Theil, dass die Controlle auch bezüglich der Syphilis so wenig günstige Resultate in der Statistik aufzuweisen hat.

Dieser Fehler ist aber um so schwerer, je leichter er vermieden werden könnte. Denn eine prophylaktische Behandlung der Syphilis ist mit leichter Mühe und geringen Kosten zu erreichen, ohne dass die Prostituirten im Spitale Aufenthalt zu nehmen brauchen.

Fassen wir nun die Resultate der bisherigen Betrachtung zusammen, so können wir sagen:

A. Für die Gonorrhoe.

1. Nur ein verhältnissmässig kleiner Bruchtheil wird bei der jetzt grösstentheils üblichen Prostituirtenuntersuchung ohne mikroskopischen Gonococcennachweis bei der Controlle entdeckt.

2. Nur ein Bruchtheil dieses Bruchtheils wird durch die Spitalbehandlung geheilt, während die meisten nur gebessert oder scheinbar geheilt entlassen werden.

3. Bei den scheinbar Geheilten stellen sich in vielen Fällen alsbald Recidive ein.

Das erklärt schon zur Genüge den fehlenden Nutzen der Controlle. Wir werden indessen später noch einige andere Gründe finden.

B. Für die Syphilis.

1. Bei der Controlle werden oder können doch wenigstens alle oder fast alle Syphiliserkrankungen entdeckt werden.

2. Durch die Behandlung werden oder können doch wenigstens alle oder fast alle Syphiliserkrankungen geheilt werden.

3. Alle oder fast alle Recidive können durch prophylaktische Behandlung vermieden werden.

Dass dies letztere bis jetzt nirgends geschieht, ist einer der Gründe, warum die Controlle nur einen theilweisen Erfolg für die Verbreitung der Syphilis aufzuweisen hat.

Wenden wir uns nun zur Besprechung

II. der Verhältnisse ausserhalb der Controlle.

4. Die unter Controlle stehenden Frauenzimmer bilden nur einen Bruchtheil der gesammten Prostitution, so dass von ihnen gar nicht wesentlich die Ausdehnung der Geschlechtskrankheiten im Volke abhängt.

Die Frage, ob die „reglementirte", unter polizeilicher Aufsicht und Controlle stehende Prostitution gefährlicher sei als die nicht reglementirte „clandestine" Prostitution, ist eine vielumstrittene. Die Anhänger der Reglementation folgern häufig die grössere Gefährlichkeit der clandestinen Prostitution aus derselben Statistik, aus der die Abolitionisten den entgegengesetzten Schluss ziehen. Die vorliegenden Statistiken sind in vielen Fällen zur Entscheidung dieser Frage ganz unbrauchbar. Hiervon nur ein Beispiel:

Wolf*) fand von 1879—1883 in Strassburg i. E. unter den polizeilich aufgegriffenen clandestinen Prostituirten 70,8 % Kranke, während er auf 39000 Untersuchungen der inscribirten Dirnen nur 1,46 % constatirte. Stellt man diese Zahlen nebeneinander,

*) Wolf: Die venerischen Krankheiten in: Topographie der Stadt Strassburg. II. Aufl. S. 454.

wie das Miehe*) thut, so erscheint die clandestine Prostitution gerade 50 mal so gefährlich wie die reglementirte, während die von demselben Autor (Wolf) angegebenen Zahlen von den Jahren 1883 bis 1888 (49 % für die aufgegriffenen, 3,04 % für die Controlldirnen) nur eine 16 mal so grosse Gefährlichkeit zeigen. Ein direkter Vergleich dieser Zahlen ist aber ganz unstatthaft, da es sich bei den Aufgegriffenen nur um eine einzige einmalige Untersuchung handelt, bei den Bordelldirnen aber um eine ein- bis zweimalige in jeder Woche, bei der die Erkrankten natürlich immer nur einmal untersucht werden und nur einmal zählen — da sie, krank befunden, ins Spital kommen — während die Gesunden vielmals hintereinander untersucht werden. Die Procentzahlen 1,46 % und 3,04 % der Untersuchungen der Controlldirnen bedeutet daher etwas ganz anderes als die 70,3 % und 49 % der Aufgegriffenen.

Ebenso fehlerhaft wie diese Gegenüberstellung wäre es natürlich, wenn man die Erkrankungsziffer der Controlldirnen während eines Jahres, die ich für diese Verhältnisse in Strassburg auf 56 % und 265 % ausgerechnet habe**), vergleichen wollte mit der der Aufgegriffenen. Es würden sich dann gegenüberstehen 70,3 % und 56 % und im zweiten Jahresabschnitt 49 % und 265 %, d. h. während im ersten Jahresabschnitt die clandestine Prostitution noch 1,2 mal so gefährlich wäre wie die reglementirte, drehte sich im zweiten das Verhältniss um, die Bordelldirnen wären über 5 mal so gefährlich, wie die clandestinen. Sapienti sat!

Zur sachgemässen Beurtheilung der Frage, ob die clandestine oder die reglementirte Prostitution gefährlicher sei, müssten zahl-

*) Arch. f. Dermat. 1895.

**) Die controllirten Frauenzimmer lieferten 1879—1883 auf 39000 Untersuchungen 560 Kranke oder 1,46 %; 1884—86 auf 33800 Untersuchungen 1128 Kranke oder 3,04 %. Während in der Periode 1879—83 sich durchschnittlich 200 Frauen unter der Controlle befanden, standen 1884—88 nur 80—90 unter Controlle, Wolf l. c. S. 465.

reiche Umstände und Nebenumstände sorgsam erwogen und gegeneinander abgewogen werden, und das Resultat wäre dennoch ein höchst unbefriedigendes: Nur mit geringer Wahrscheinlichkeit könnten wir uns je nach den sehr variabeln Umständen und Nebenumständen bald in dem einen, bald in dem anderen Sinne aussprechen. Deshalb unterlasse ich die Beurtheilung, zumal die Frage für unseren praktischen Zweck nur geringen Werth hat.

Denn ich glaube, jeder wird Folgendes zugeben:

1. Die reglementirte Prostitution bildet in fast allen Städten nur den kleineren Bruchtheil der gesammten Prostitution (vergl. Seite 11 und 12).

2. In der clandestinen Prostitution sind die Geschlechtskrankheiten sehr verbreitet und zahlreiche Ansteckungen gehen von ihr aus.

Diese Verhältnisse sind ein weiterer Grund, warum die Controlle für die Gonorrhoe keinen, für die Syphilis nur einen geringen Nutzen hat. Wer nicht an der reglementirten Prostitution erkrankt, fällt der clandestinen anheim. Doch ist es hierbei noch nöthig, eine Ueberlegung anzustellen.

Gesetzt, eine venerisch kranke Prostituirte verkehrt täglich mit drei Männern und in einer Woche mit 20, so besteht die Wahrscheinlichkeit, dass sie alle Männer oder doch einen Theil inficirt.

Wird nun diese Prostituirte durch die ärztliche Controlle und den Spitalaufenthalt dem Verkehr entzogen, so werden 20 Ansteckungen verhindert; also müsste die Controlle einen Nutzen haben, wenn er auch durch eine ungenügende Statistik nicht nachzuweisen ist.

Diese Schlussfolgerung setzt stillschweigend voraus, dass die 20 Männer nun in dieser Woche, da sie mit der erkrankten und ins Spital geschickten Prostituirten nicht verkehren können, überhaupt nicht geschlechtlich verkehren, eine Voraussetzung, die vollkommen unzutreffend ist, wie mir jeder zugeben wird.

Die 20 Männer verkehren also mit anderen Prostituirten, können sich inficiren oder auch nicht.

Nehmen wir nun einmal diesen günstigsten Fall an, der ja allerdings nicht der wahrscheinlichste ist, sind dann wirklich 20 geschlechtskranke Männer weniger vorhanden? In dieser Woche ja, aber später? Werden die 20 Männer, die einmal straflos davongekommen sind, nun den Verkehr mit den Prostituirten lassen?

Nach meinen Erfahrungen und den psychologischen Gesetzen nicht. Im Gegentheil, je vorsichtiger sie Anfangs im Verkehr waren aus Furcht vor Ansteckung, um so dreister werden sie, je häufiger sie straflos verkehren. Früher oder später verfallen sie dem Geschick, dem niemand entgeht, der mit der Prostitution verkehrt. Also aufgeschoben, nicht aufgehoben sind die 20 Erkrankungen. Doch auch das ist nicht ganz richtig. Es besteht ein Unterschied zwischen Gonorrhoe und Syphilis.

Wenn die oben supponirte Prostituirte Gonorrhoe gehabt hat, so ist allerdings die Wahrscheinlichkeit gleich 100 : 1, dass bei der grossen Verbreitung der Gonorrhoe die 20 Männer der Gonorrhoe nicht entgehen. Denn wir wissen, dass fast alle Männer grosser Städte Gonorrhoe ein oder mehrere Male gehabt haben.

Hat aber Syphilis vorgelegen, so ist die Sache eine andere. An Syphilis erkrankt nur ein Bruchtheil aller Männer grosser Städte, vielleicht $^1/_4$, also wird an Syphilis auch nur $^1/_4$ der 20 Männer erkranken, die durch Sistirung der syphilitischen Prostituirten vor Ansteckung bewahrt wurden.

Es kann also die clandestine Prostitution noch so gross sein, durch jede Sistirung einer syphilitischen Prostituirten werden mit mathematischer Gewissheit einige Syphilisinfectionen verhindert.

Auch hier zeigen sich, wie überall, die Gegensätze von Gonorrhoe und Syphilis. Die Sistirung ist bei der Gonorrhoe von keinem, bei der Syphilis von einigem Nutzen.

2. Die venerischen Krankheiten haben eine so grosse Ausdehnung unter der mit der Prostitution in Verbindung tretenden

Männerwelt erreicht, dass selbst bei vollkommensten Leistungen der Controlle die Resultate durch schnelles Wiedererkranken der Prostituirten durch Neuinfection vernichtet werden.

A. Das trifft zu für die Gonorrhoe im vollen Umfange. Ein grosser Theil der unverheiratheten Männer leidet dauernd an chronischer Gonorrhoe. Da nun die Gonorrhoe keine Immunität verleiht, so werden die Prostituirten, selbst wenn alle gonorrhoisch erkrankten Frauen der reglementirten und auch der clandestinen Prostitution in der Controlle sistirt, und durch die Behandlung geheilt werden könnten, alsbald wieder inficirt werden.

B. Das Umgekehrte gilt für die Syphilis. Syphilis verleiht Immunität. Prostituirte, die Syphilis durchgemacht haben, können nicht von neuem syphilitisch inficirt werden. Sie sind „syphilisirt."

Nachdem wir die fünf Punkte einzeln besprochen, sei es gestattet, sie nochmals zusammenzufassen in der Beantwortung der beiden Fragen:

1. Ist es theoretisch denkbar die Verbreitung der Gonorrhoe einzuschränken?

Leider muss diese Frage mit einem strikten „Nein" beantwortet werden.

Jeder der vorher besprochenen fünf Punkte ist zu Ungunsten der Gonorrhoe ausgefallen, jeder von ihnen allein würde schon annähernd erklären, warum die Controlle keinen Nutzen aufweist. Alle zusammen im Verein machen es zur Unmöglichkeit, eine Besserung herbeizuführen.

Weder können wir alle Gonorrhoeen in der Controlle sistiren noch die sistirten alle heilen, noch die scheinbar geheilten vor Recidiven, noch die wirklich geheilten vor Neuerkrankungen bewahren.

Ja könnten wir das alles und könnten wir dazu noch alle Männer heilen, so dass an einem Tage alles zusammen geheilt wäre,

dann freilich — aber das können wir nicht, und werden es bei dem jetzigen Stande unserer medicinischen Wissenschaft nie können.

2. Es ist theoretisch möglich, die Syphilis zu vernichten. Ein anderes Bild rollt sich vor unseren Augen auf. Hier können wir, dürfen wir, sollen wir hoffen, denn die theoretische Möglichkeit der Vernichtung der Syphilis ist da.

Jede syphilitisch erkrankte Prostituirte kann in der Controlle sistirt werden, kann geheilt werden und kann vor Recidiven bewahrt werden. Jede syphilisirte Prostituirte ist immun, sie kann weder Syphilis von Neuem erwerben noch auch Syphilis übertragen.*) Wenn wir daher nur jede syphilitisch erkrankte Person, Frau wie Mann, fassen könnten, so könnten wir mit einem Schlage die Syphilis aus der Welt schaffen.

Und sollte es praktisch unmöglich sein, diesem Ideale nahe zu kommen, da es theoretisch möglich ist, es zu erreichen?

Das soll im folgenden Abschnitt untersucht werden.

*) Ausnahmen kommen leider auch von diesem Gesetz vor.

V. Die Reorganisation der Controlle.

Die Controlle ist in Bezug auf die Verbreitung der Gonorrhoe nutzlos; folglich muss sie fallen. Denn alles Nutzlose ist schlecht und hinderlich dem Guten. So ist auch die nutzlose Controlle ein Hinderniss der nutz- und gesundheitbringenden.

Von diesem allgemeinen Gesichtspunkt abgesehen, lassen sich folgende schädliche Wirkungen erkennen.

1. Da die meisten Prostituirten beständig Gonorrhoe haben, so sind sie in fortwährender Angst bei der Controlle sistirt und zu nutzloser (das wissen sie ganz genau!) Behandlung in das ihnen verhasste Spital geschickt zu werden, das ihnen zugleich Gefängniss ist. Sie suchen daher auf alle mögliche Art und Weise sich der Controlle zu entziehen und den untersuchenden Arzt zu täuschen, worin sie, wie jeder Polizeiarzt weiss, eine grosse Fertigkeit erreichen. Es besteht daher ein fortwährender, im Geheimen geführter, erbitterter Kampf zwischen den Prostituirten einerseits und Aerzten und Polizei andererseits. In ihnen sehen die Dirnen nicht die Wächter der Ordnung und ihre Berather und Helfer in Krankheit, sondern die brutalen Vergewaltiger, denen sie rechtlos ausgeliefert werden.

Dieser Kampf ist selbstverständlich für die Wirksamkeit der Controlle sehr ungünstig. Es giebt sicherlich noch eine Reihe anderer Umstände, die eine Gegnerschaft zwischen Dirnen und Polizei hervorrufen, die nichts mit der Gonorrhoe zu thun haben. Hauptsächlich aber ist die Gonorrhoe schuld an dieser Gegnerschaft, und zwar deshalb, weil polizeiliche Aufsicht und ärztliche Controlle fast überall miteinander verbunden sind, so dass sie den Dirnen als eins erscheinen müssen. Fällt die Furcht, zu nutzloser Behandlung ins Spital geschickt zu werden, bei den Prostituirten fort, so

wird nicht nur das Verhältniss zu den Aerzten, sondern auch zur Polizei ein wesentlich besseres werden, und die Prostituirten hätten einen triftigen Grund weniger, der Controlle und der Polzei auszuweichen. Richtig würde das Verhältniss zu den Aerzten allerdings erst dann werden, wenn die ärztliche Untersuchung vollkommen losgelöst würde von der polizeilichen Ueberwachung, wenn sie aus einem polizeilichen zu einem rein sanitären Act würde.

2. Die grosse Mühe und Arbeit und die grossen Kosten, die jetzt nutzlos für die Behandlung der gonorrhoisch erkrankten Prostituirten verschwendet werden, könnten gespart werden — was sage ich gespart! — sie könnten in nutzbringendster Weise zur Bekämpfung der Syphilis verwendet werden. Die Controlle und Behandlung der Gonorrhoe sind ein Hinderniss für die Beseitigung der Syphilis.

3. Durch die Controlle wird das Publikum getäuscht. Es glaubt gute Waare zu kaufen, wenn es zu den Prostituirten unmittelbar nach der Controlle geht und wird betrogen, denn der Coitus war impur und die Gonorrhoe ist erworben. Die Entrüstung der jungen unerfahrenen Leute, die auf diese Art und Weise sich ihren Tripper geholt haben, kennt jeder erfahrene Arzt. Das Gesundheitsattest, das die Prostituirten durch die Controlle erlangen, ist doch geradezu eine Verführung zum Geschlechtsgenuss. Kann man denn etwas raffinirteres ausdenken, um die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten zu befördern?

Also muss die Controlle auf Gonorrhoe fallen, nicht nur weil sie überhaupt nutzlos ist, sondern auch weil sie das Verhältniss zwischen Prostituirten, Polizei und Aerzten vergiftet und ein Hinderniss bildet für die Bekämpfung der Syphilis und ein Betrug des Publikums ist.

Als erste Bedingung einer Reorganisation muss die Beseitigung der Controlle auf Gonorrhoe gefordert werden. Es mag wohl manchem bänglich zu Muthe sein bei dieser Forderung. Soll der Arzt da, wo er den Tripper einer Prostituirten in voller Blüthe

entdeckt, wo er weiss, dass am selben Abend noch zahlreiche Männer von ihr den Keim dieser Krankheit empfangen werden, soll der Arzt da nicht die Prostituirten der Polizei überantworten dürfen, um die Ansteckung zu verhindern?

Principiis obsta! Nein! Die jungen Leute sind ihrem Geschick sowieso verfallen. Für die Gonorrhoe der Männer giebt es nur ein Gesetz; das heisst: Wer mit der Prostitution verkehrt, erkrankt an Gonorrhoe. Ausnahmen sind so selten wie weisse Raben und bestätigen die Regel.

Will man etwas für unerfahrene Leute thun, so predige man ihnen, dass die ärztliche Controlle nichts tauge, dass jede Prostituirte gonorrhoisch krank sei, auch unmittelbar nach der Controlle. Vielleicht lassen sich einige abhalten und vor dem Tripper retten. Sehr viele werden es freilich nicht sein, denn der Leichtsinn ist in diesen Jahren gross, und der Verstand schweigt, wenn die Begierde spricht.

Einige werden aber ganz bestimmt vor der Gonorrhoe bewahrt werden. So sind mir aus meiner Praxis garnicht wenig Gonorrhoefälle bekannt, in denen hiesige Studirende mit grösster Consequenz jeden Verkehr mit Prostituirten hier in Halle vermieden haben, weil sie Ansteckung fürchteten und nur deshalb einen Verkehr in Leipzig wagten, weil ihnen Tag und Stunde der Controlle der Leipziger Bordelle bekannt war, und sie fest vertrauten, dort sicher zu sein. —

Wer ein mit grossen Schwierigkeiten verknüpftes Ziel erreichen will, darf es nicht noch mit Nebenzielen von geringer Wichtigkeit verbinden, er muss geradeaus marschiren, ohne nach rechts und links zu sehen. Wer darnach streben will, die Syphilis zu vernichten, darf nicht zu gleicher Zeit nebenbei gegen unbedeutende andere Krankheiten vorgehen. Derartige nebensächliche Krankheiten sind Krätze, Filzläuse und weicher Schanker.

Ob die Prostituirten an Krätze leiden, Filzläuse oder weichen Schanker oder sonst eine derartige ansteckende Krankheit haben

und beim Verkehr diese dem Manne mittheilen, ist für die Gesundheit unseres Volkes nahezu gleichgültig; man verstehe mich recht, nicht für den einzelnen Menschen und auch nicht für Corporationen, z. B. das Militär. Diese mögen und können aber für sich allein sorgen, indem sie die Behandlung der Krankheit einem Arzte übergeben, der sie schnell und anstandslos beseitigt.*) Mit Volkshygiene haben diese Krankheiten eigentlich nichts zu thun.

Bei den Prostituirten wird aber in den meisten Städten auch auf diese Krankheit bei der Controlle gefahndet. Das muss ebenso wegfallen, wie die Controlle auf Gonorrhoe, weil sie aus denselben Gründen wie diese unnütz und deshalb schädlich ist für das eigentliche Ziel: den ärztlichen Kampf gegen die Syphilis.

Nachdem wir nun dieses Ziel erkannt, festgestellt und von allem Beiwerk gereinigt haben, wollen wir den Weg betrachten, der uns ihm am sichersten zuführt.

Bisher besteht, wie ich vorher ausgeführt habe, ein Kampf zwischen Prostituirten, der Polizei und den Aerzten. Dass dieser Kampf zwischen Prostituirten und Polizei in der Natur der Prostitution z. Th. begründet ist, will ich nicht leugnen, obgleich ich auch der Ansicht bin, dass bei einer verständigen Polizei die Prostitutirten vielfach gegen ihre Bedrücker und Aussauger (Louis, Kuppler, Bordellwirthe) Schutz und Rückhalt finden könnten. Der

*) Man könnte vielleicht getrennter Meinung über den weichen Schanker sein, der durch seine eventuelle Complication mit Bubo recht unangenehm werden kann. Bei den Fortschritten der Therapie dieser Krankheit gegenüber ist aber in den meisten Fällen nicht einmal Bettruhe von Nöthen, sondern eine einfache ambulante Behandlung führt rasch zur Heilung. Auch werden in der Praxis sich die Verhältnisse sehr günstig für den weichen Schanker stellen, da alle Prostituirten mit weichen Schankern — mögen sie Syphilis gehabt oder nicht gehabt haben — verdächtig sind, Syphilis übertragen zu können, so dass thatsächlich Prostituirte mit weichem Schanker schon in Rücksicht auf diese Uebertragungsmöglichkeit, ebenso wie Syphilitische zu behandeln wären. Der Grund dafür liegt in der noch mangelhaften ärztlichen Erkenntniss, die nicht gestattet, in jedem Falle den weichen Schanker von syphilitischen Erkrankungen mit Sicherheit zu unterscheiden.

Kampf zwischen Prostituirten und Arzt ist aber nur durch die widersinnige Handhabung der jetzigen Controlle hervorgerufen und wird an dem Tage beseitigt werden, an dem die Prostituirten einsehen, dass der Arzt sie nicht zu ihrem Nachtheil, sondern zu ihrem Vortheil untersucht. Dann werden sie den Arzt freiwillig aufsuchen und die Controlle wird sich von selber regeln, ohne einen einzigen Polizisten.

Wie ist das zu erreichen?

1. Wenn die Prostituirten nicht mehr wegen ihrer unheilbaren oder stets recidivirenden Gonorrhoe ins Spital geschickt zu werden fürchten und nicht mehr wegen nebensächlicher Krankheit sistirt werden, wenn sie allein also wegen der doch nur einmal im Leben zu erwartenden Syphilis ihr ungebundenes Leben gegen einen auf wenig Wochen begrenzten Aufenthalt im Hospital einzutauschen genöthigt werden, dann werden sie sich nicht mehr veranlasst fühlen, der Controlle so auszuweichen, wie sie es jetzt thun.

2. Wenn all das Geld, die Zeit und Arbeit, die man jetzt auf Untersuchung und Behandlung der Gonorrhoe vergeudet, für die Syphilis-Behandlung und -Controlle verwendet wird, so wird man die Prostituirten-Aerzte besser honoriren, ihnen weniger Arbeit und mehr Zeit zu gründlicher Untersuchung und Behandlung geben können. Damit ist auch die humanere, freundlichere Behandlung ermöglicht, eine Behandlung, wie sie jeder Arzt seinem Patienten zukommen lassen soll, um Vertrauen zu gewinnen. Dann werden die meisten der verachteten Prostituirten den Arzt verehren und seinen Anordnungen pünktlich nachzukommen sich eifrigst bemühen.*)

*) Das könnte als optimistische, persönliche Ansicht von mir aufgefasst werden, deshalb sehe ich mich veranlasst, gegenüber der Tarnowski-schen Theorie von der angeborenen Lasterhaftigkeit der Prostituirten, die vielleicht für Russland eine beschränkte Geltung haben mag, das Urtheil einiger competenter Aerzte anzuführen. Neisser (l. c. Seite 10): „Uebrigens habe ich gefunden, dass durch grosse Strenge und Härte bei diesen Personen so gut wie garnichts auszurichten ist, und viel mehr erreicht wird durch consequentes Festhalten an dem Standpunkte, dass man es immer mit Kranken

3. Noch viel wirksamer als eine derartige Stellung zum Arzt wäre natürlich der nackte Vortheil, der für die Prostituirten aus der ärztlichen Controlle der Polizei gegenüber erwüchse, wenn die ärztliche Controlle von der Polizei als Legitimation oder Freibrief angesehen würde, ähnlich wie die Legitimationskarte der Studirenden; wenn auf Grund einer vom Arzt ausgestellten Bescheinigung die Polizei den Prostituirten gewisse Rechte gewährte und gewisse Rücksichten nähme. Durch die ärztliche Controllbescheinigung würde den Prostituirten ein Schutz gewährt gegen willkürliche Eingriffe und Uebergriffe der niederen Polizei, den sie sicherlich eifrig nachsuchen würden. Dann wäre erreicht, was man wollte. Von selbst strömten sie der Controlle der Aerzte zu. Welche Prostituirte aber, oder welches der Prostitution verdächtige Mädchen ohne Controllbescheinigung getroffen würde, die wäre zwangsweise der Controlle zuzuführen. Diese zwangsweise Controlle wäre aber den Dirnen um so unangenehmer, als damit natürlich auch ein zwangsweiser Aufenthalt auf der Polizei während einer Nacht oder eines ganzen Tages bis zur Untersuchung verbunden wäre, und sie würden daher um so sorgfältiger die vorgeschriebene Controlle aufsuchen, je unangenehmer ihnen diese Freiheitsberaubung und die Berührung mit der Polizei wäre.

4. Mit dieser Art der ärztlichen Controlle würde die Classe der jetzt bestehenden eigentlichen „Eingeschriebenen“ oder der „Controlldirnen“ überflüssig werden, denn da die Polizei schon von jeder verdächtigen Dirne eine ärztliche Controllbescheinigung ver-

---

zu thun habe, Kranken nicht bloss im körperlichen, sondern auch im psychischen Sinne, und sehr oft mit Personen, die nicht von vornherein verabscheuenswürdig, sondern vielmehr bedauernswerth und hülfsbedürftig sind.“ Hammer (l. c. S. 255): „Die Inscribirten sind vorzüglich disciplinirt und kommt eine Unbotmässigkeit gegen den Arzt kaum vor, ein Umstand, der mir bei diesem gemeinsten aller Gewerbe stets psychologisch interessant gewesen ist . . . . Sie sind deshalb bestrebt, sich, indem sie sich möglichst in Ordnung und Gesetz fügen, eine gewisse anständige und wohlwollende Behandlung zu sichern, die auch gewiss im Interesse der Sache liegt . . .“

langen dürfte und sollte, wäre auch die sogenannte geheime Prostitution, soweit sie überhaupt zur Kenntniss der Polizei kommt oder verdächtig wäre, mit eingeschlossen. Selbstverständlich hätte jedes Mädchen das Recht, von den dazu beamteten Aerzten sich untersuchen zu lassen und den Controllschein zu erwerben.

Ob weiterhin aber die Polizei Bordelle gestatten oder nicht gestatten solle, und welche Maassregeln sie gegen das mit der Prostitution verbundene Verbrecherthum ergreifen und in welcher Weise sie das Auftreten der Prostituirten in der Oeffentlichkeit regeln solle, das alles hätte natürlich mit der ärztlichen Controlle nichts zu thun und wäre vollkommen unabhängig von ihr; das wären Angelegenheiten der Polizei, die nach den verschiedenen Verhältnissen der grossen Städte sicherlich auch ganz verschieden geregelt werden müssten.

5. Diese allgemeine Controlle der gesammten Prostitution wäre sicher schon ein grosser Fortschritt, aber immerhin doch nur ein kleiner Schritt vorwärts auf der Bahn, die zur Vernichtung der Syphilis führt, wenn die ganze mit der Prostitution in Verkehr tretende Männerwelt unberücksichtigt bliebe.

Wenn die Controlle wirklich wirksam sein soll, darf diese nicht ausgeschlossen werden. Denn die Syphilis der Prostituirten stammt vom Manne. Die Hygiene hat also ebenso sehr die Aufgabe die Prostituirten vor Syphilisinfection zu schützen und den Mann unter Controlle zu stellen, als umgekehrt. Dass das aber möglich ist, und zwar ohne grossen Aufwand von Zeit und Geld und ohne grosse Beschränkung der persönlichen Freiheit, das soll im Folgenden auseinander gesetzt werden.

Wie die Controlle der Prostituirten, so würde auch die der Männer in zwei Theile zerfallen.

1. In Maassnahmen, durch welche möglichst sicher und schnell Erkrankungen zur Kenntniss des Arztes gelangen.
2. In Maassnahmen, durch welche eine Weiterverbreitung möglichst verhindert wird.

1. Bei den Männern herrscht insofern eine weit günstigere Lage, als die grosse Mehrzahl — wenn geschlechtlich erkrankt — freiwillig zum Arzt geht, während bei den Prostituirten erst besondere Maassnahmen erforderlich sind, um die jetzt gehandhabte Controlle nicht nur weniger gefürchtet, sondern vielmehr sogar wünschenswerth und vortheilhaft für die Prostituirten zu machen. Immerhin ist bei den Männern auch noch manches zu schaffen. Zahlreiche Männer, besonders der niederen Volksschichten, suchen deshalb den Arzt erst spät, häufig erst sehr spät auf, weil sie die Ausgabe scheuen, oder weil sie direkt kein Geld haben, um den Arzt zu bezahlen. Daher muss als erste Forderung geltend gemacht werden: unentgeltliche Behandlung der Syphilis.

Das wäre vielleicht so einzurichten, dass in jeder Stadt und in jedem Bezirk bestimmte Aerzte dafür beamtet würden. Bei diesen hätte jede syphilitisch erkrankte Person Anspruch auf unentgeltliche Behandlung und Medicamente.

Ebenso wichtig ist es, dass allen Krankenkassen verboten würde, bezüglich der Behandlung syphilitisch kranker Mitglieder irgend welche Ausnahmebestimmungen im Vergleich zu anderweitig erkrankten zu treffen, wie das jetzt noch bei vielen Krankenkassen der Fall ist. Durch diese Ausnahmebestimmungen — die in Entziehung des Krankengeldes oder derartigem bestehen — wird, wie die Erfahrung lehrt, nur das eine erreicht, dass die Geschlechtskrankheiten verheimlicht, nicht behandelt und weiter verbreitet werden.

Ausser diesen Bestimmungen sind natürlich direkte Vorschriften über Melde- und Anzeigepflicht syphilitischer Erkrankungen nothwendig, durch welche diejenigen gezwungen werden sich ärztlich behandeln zu lassen, die es nicht von selbst thun.

2. Auch bezüglich der Weiterverbreitung liegen bei den Männern die Verhältnisse günstiger, da dem mit Syphilis behafteten Manne, der sich dessen bewusst ist, gewöhnlich die Geschlechtsbegierde abhanden gekommen ist, und er aus anderen Gründen nur

sehr ausnahmsweise und fast nie aus Geschäftsgründen, wie die Prostituirte, geschleehtlieh verkehren dürfte. Trotzdem sind natürlich Vorschriften, die sich auf die Behandlung und auf die Vorsorge gegen Recidive beziehen, unerlässlich.

Bei allen diesen Bestimmungen müssen zwei Gesiehtspunkte beständige Berücksichtigung erfahren. 1. Die individuelle Freiheit des Einzelnen darf nicht oder doch nur in geringem Maasse eingeschränkt werden, 2. die Bestimmungen müssen so gefasst sein, dass alle diejenigen, die nieht von selbst alles thun, um die Verbreitung ihrer Syphilis unmöglieh zu maehen, auf das strengste überwaeht werden.

Es ist weiter selbstverständlieh, dass derartige Bestimmungen nur auf dem Wege der Gesetzgebung gemacht werden können und gleiehmässig für alle Personen beiderlei Gesehleehts gelten müssen. Sie würden alsdann nebenbei das Gute haben, dem gesetzlosen Zustande, in dem sich die Polizei mit ihrer Controlle jetzt fast überall den Prostituirten gegenüber befindet, ein Ende zu bereiten.

Ob ein solches Gesetz möglich ist?

Die folgenden Vorschläge zu einem Syphilisgesetz maehen weder den Ansprueh, dem Inhalte nach vollkommen, noch besonders der Form nach brauchbar zu einem Gesetze zu sein. Das ist Sache der Juristen. Sie sollen nur zeigen, dass ein Syphilisgesetz in der bezeiehneten Riehtung nicht nur in der Theorie, sondern auch in der Praxis denkbar und möglich ist.

VI. Vorschläge zu einem Syphilisgesetz.

1. Niemand ausser den staatlich approbirten Aerzten darf Syphilis erwerbsmässig behandeln. Unkenntniss und Nichterkennen der Syphilis seitens des Curpfuschers schützt nicht vor Strafe.

Motivirung: Die erste Bedingung für die Verhütung der Syphilis ist, dass sie im einzelnen vorliegenden Falle sofort erkannt wird. Die Fähigkeit, die Syphilis zu erkennen, ist aber nur durch ein gründliches wissenschaftliches Studium zu erwerben und es ist ganz ausgeschlossen, dass nicht wissenschaftlich gebildete Aerzte diese Fähigkeit aus sich heraus erwerben können. Wenn man vom Standpunkte einer liberalen Gesetzgebung das sogenannte Curpfuscherthum für berechtigt und sogar nothwendig hält, auf Grund des nun einmal im Volke vorhandenen Bedürfnisses durch Wunder und Täuschung beruhigt und geheilt zu werden, so wird auch der gebildete Arzt diesem Standpunct seine Entschuldigung nicht versagen, in dem Bewusstsein, dass seinem ärztlichen Können viele Krankheiten unheilbar sind. Wo es sich aber um eine ganz reale Sache, wie das Erkennen und das Behandeln der Syphilis handelt, da wäre es höchste doctrinäre Verblendung, wenn man in Rücksicht auf allgemeine liberale Gesichtspunkte in der Gesetzgebung davor zurückschreckte, bezüglich der Syphilis eine Ausnahme zu machen. Diese Ausnahme ist unbedingt nothwendig für die Wirksamkeit eines Syphilisgesetzes, durch das an den Arzt, wie wir im Folgenden sehen werden, nicht nur hohe moralische, sondern auch hohe ärztliche Anforderungen gestellt werden.

2. Jede Person, die eine Geschlechtskrankheit erwirbt, hat einem staatlich approbirten Arzte, dessen Wahl ihr freisteht, sofort persönlich zur Feststellung

der Krankheit Anzeige zu machen. Liegt Syphilis oder der Verdacht auf Syphilis vor, so treten die nachfolgenden Bestimmungen in ihr Recht (§ 5), im anderen Falle kann die Person nach Belieben sich behandeln lassen oder nicht.

Motivirung: Eine Pflicht der Anzeige muss natürlich bestehen. Es kann freilich fraglich erscheinen, ob durch Strafbestimmungen wesentlich mehr Personen zum Arzt gehen werden als jetzt schon. Indessen ist durch diese Vorschrift erstens die Handhabe geboten, diejenigen unter strenge Aufsicht zu nehmen, die das versäumt haben. Das gilt besonders den Prostituirten gegenüber, die von der Polizei aufgegriffen und erkrankt befunden werden. Sodann wird eine gewisse Klasse von Personen durch diese Vorschrift getroffen, die aus falscher Scham nicht zum Arzt zu gehen wagen, sondern es vorziehen, sich brieflich an ärztliche Schwindler, unter denen die Specialisten Meyer in Berlin die bekanntesten sind, zu wenden. Diese werden gezwungen sich persönlich einem approbirten Arzte vorzustellen, denn nur durch den Augenschein kann Syphilis erkannt werden, nicht durch Beschreibung im Briefe. Selbstverständlich wären durch diese Bestimmung auch diejenigen Aerzte strafbar, die brieflich venerische Krankheiten behandelten und dadurch die Veranlassung geben, dass Syphilis nicht erkannt oder schlecht behandelt würde. Auf derartige schriftliche Behandlung von venerischen Krankheiten, ohne dass der Arzt weder den Kranken noch die Krankheit gesehen hätte, wäre dieselbe Strafe zu setzen wie auf die Behandlung der Geschlechtskrankheiten seitens der Curpfuscher. Diese Aerzte, die brieflich schnell alle geheimen Leiden heilen zu können vorgeben, sind ja ganz gemeine Betrüger, die längst durch Gesetze unschädlich gemacht sein sollten.

3. Jede Person, die Kenntniss von einer geschlechtlichen Erkrankung einer anderen erhält, hat diese auf-

zufordern, einem Arzte persönlich Anzeige zu machen, und, falls dieser Aufforderung nicht Folge geleistet wird, selbst Anzeige zu machen.

Motivirung: Diese Vorschrift ist die selbstverständliche Ergänzung der vorhergehenden. Dadurch, dass jeder Person die Verpflichtung auferlegt wird, dafür zu sorgen, dass ihr bekannte Geschlechtskrankheiten zur Kenntniss des Arztes gelangen, wird eben die Anzeige möglichst sicher gestellt. Diese Anzeige der Krankheit einer anderen Person könnte, gleichwie die eigene Anzeige, an einen approbirten Arzt eigener Wahl oder an einen beamteten Arzt oder direkt an die Polizei gehen. Es kommen Fälle vor, in denen die geschlechtlich erkrankten Personen aus Scham oder anderen Gründen nicht zu bewegen sind, freiwillig zum Arzt zu gehen (Mädchen aus honneten Familien). Bevor diese zwangsweise durch die Polizei einem Arzte zugeführt werden, ist eine Anzeige an den Arzt der Familie oder einen bekannten Arzt, der die Angelegenheit in discreter Weise ordnen kann, nicht nur gestattet, sondern auch wünschenswerth.

Führt dieser Weg nicht zum Ziel, so hat sowohl der Arzt, der die Anzeige erhalten hat, als auch derjenige, der an den Arzt die Anzeige gemacht, die Meldung an die Polizei zu erstatten.

4. Jedermann hat den Anspruch auf unentgeltliche Untersuchung daraufhin, ob er geschlechtskrank ist, seitens der eigens hierzu beamteten Aerzte, und desgleichen den Anspruch auf unentgeltliche Behandlung, wenn er an Syphilis erkrankt ist oder seine Erkrankung den Verdacht auf Syphilis erweckt. Es steht jedoch Jedermann frei, sich vom Arzte seiner Wahl untersuchen zu lassen.

Motivirung: Dass die Syphilis Unbemittelter unentgeltlich behandelt werden muss, wenn nicht überhaupt auf ihre Behandlung verzichtet werden soll, bedarf keiner Begründung. Diese un-

entgeltliche Behandlung kann man natürlich nicht der Aerzteschaft in ihrer Gesammtheit, sondern nur ganz bestimmten Aerzten auferlegen, vielleicht den schon jetzt beamteten Aerzten (Kreisphysicis, Kreiswundärzten, Polizeiärzten etc.), die gegen eine bestimmte Vergütung alle syphilitisch erkrankte Personen, die sich bei ihnen meldeten, zu untersuchen und zu behandeln verpflichtet wären. Es ist nicht zu erwarten, dass diese Aerzte nun etwa auch von nicht mittellosen, besser situirten Patienten in Anspruch genommen werden, ebensowenig wie jetzt die Polikliniken, zumal mit der unentgeltlichen Behandlung seitens der beamteten Aerzte noch Unannehmlichkeiten (s. später) verbunden wären, die sicherlich von den meisten, besonders besser situirten Patienten gescheut werden dürften. Die grosse Masse der Kranken würde sich nach wie vor von den Aerzten ihres Vertrauens behandeln lassen.

Durch diese Bestimmung würde natürlich auch allen Prostituirten unentgeltliche Behandlung ihrer Syphilis zugesichert, während sie auf eine solche anderer Geschlechtskrankheiten keinen Anspruch hätten. Aus humanitären Rücksichten würde es sich allerdings empfehlen, ihnen auch diese in möglichst grossem Umfange angedeihen zu lassen, insoweit sie selbst darum nachsuchten.

Ausgeschlossen von dieser unentgeltlichen Behandlung wären alle Mitglieder von Krankenkassen, für welche die Behandlung syphilitisch kranker Mitglieder ohne irgend welche Ausnahmebestimmungen obligatorisch gemacht werden müsste (s. S. 68).

5. Kein approbirter Arzt ist verpflichtet, geschlechtskranke Personen zur Untersuchung auf Syphilis anzunehmen, oder Syphiliskranke zu behandeln. Uebernimmt aber ein Arzt diese Untersuchung oder Behandlung, so hat er auch den dafür geltenden Bestimmungen pünktlich Folge zu leisten, widrigenfalls er in Strafe verfällt.

Motivirung: Die gesetzmässigen, später anzuführenden Bestimmungen betreffen die Controlle der syphilitisch Erkrankten. Es

ist klar, dass ohne einige Belästigung für den Arzt diese nicht möglich ist, dem Arzt muss daher die Möglichkeit gewahrt bleiben, ihr zu entgehen. Er kann die Untersuchung und Behandlung ablehnen. Dass das viele Aerzte thun werden, ist nicht anzunehmen. Mit der Annahme der Untersuchung und Behandlung unterliegen sie aber dann auch den festgesetzten Bestimmungen.

Diese Bestimmungen werden später (S. 78 u. f.) aufgeführt, weil sie naturgemäss eine Menge Detail bringen, welche die Uebersichtlichkeit des Ganzen stören würden, wenn sie schon an dieser Stelle ausführlich, wie das nothwendig ist, besprochen würden.

6. Jede syphilitische oder im ärztlichen Verdacht der Syphilis stehende*) Person hat den ärztlichen Anordnungen — soweit sie die Behandlung der Krankheit betreffen — unbedingt Folge zu leisten. Ist sie mit den Anordnungen nicht einverstanden, so kann sie den Arzt wechseln; jedoch darf dieser Wechsel, falls sie am selben Orte bleibt, nicht öfter als dreimal im Jahre erfolgen.

Motivirung: Für gewöhnlich sind Syphiliskranke folgsame Patienten. Es könnte daher überflüssig erscheinen, den Gehorsam des Patienten durch Gesetz festzulegen. Das ist es jedoch nicht. In gar nicht seltenen Fällen folgen die Patienten dem Arzte nicht. Ich habe das besonders bei poliklinischen Patienten erfahren, die von der Bedeutung ihrer syphilitischen Krankheit nicht unterrichtet, sich der langdauernden Behandlung entzogen haben, bevor noch ihre ansteckenden Ausschläge geheilt waren. Besonders gilt das für die Puellae publicae. Für diese ist die Bestimmung unbedingt nothwendig.

Andererseits ist nicht zu verkennen, dass durch eine derartige Bestimmung dem Arzt eine grosse Macht gegeben wird, die

*) Nicht immer ist es schon bei der ersten Consultation möglich zu entscheiden, ob Syphilis vorliegt oder nicht.

dieser missbrauchen kann, und dass der Patient dadurch in eine abhängige Stellung vom Arzte geräth. Wenn man nun auch zu der grossen Masse unserer Aerzte das Zutrauen haben darf, dass sie diese Machtstellung nicht missbrauchen werden, so giebt es doch wie überall auch unter den Aerzten schlechte Subjecte. Durch die Möglichkeit des Wechsels wird aber sowohl diesem Missbrauch die Spitze abgebrochen, als auch dem Patienten die nöthige Freiheit dem Arzte gegenüber gewahrt.

Dieser Freiheit nicht theilhaftig wären — aus Gründen, die in der Natur der Sache liegen — alle die Personen, die von den beamteten Aerzten unentgeltlich behandelt werden, im Speciellen die Prostituirten, die vom beamteten Arzt untersucht und behandelt werden. Hier liegt aber die Gefahr des Missbrauchs seitens des Arztes nicht vor und die schon jetzt bestehenden Verhältnisse bei der Controlle der Prostituirten werden nur insoweit geändert, als sie gesetzlich festgelegt werden.

Andererseits könnte natürlich auch jede Prostituirte sich von dem Arzte ihrer Wahl behandeln lassen, sobald sie nur den allgemeinen gesetzlichen Bestimmungen genügte und den Anordnungen dieses Arztes Folge leistete.

7. Jede syphilitisch erkrankte Person hat im Besonderen die Pflicht, sich während der ersten Jahre nach erfolgter Infection regelmässig wiederkehrenden ärztlichen Untersuchungen zu unterwerfen.

Motivirung: Eigentlich ist diese Bestimmung schon in der vorhergehenden enthalten. Denn da auch nach der sorgfältigsten Behandlung Recidive möglich sind, so hat jeder Arzt schon die Pflicht, seine Patienten von Zeit zu Zeit auf eventuell auftretende Recidive zu untersuchen und der Patient die Pflicht, sich diesen Untersuchungen zu stellen. Bei der grossen Wichtigkeit aber, diese Recidive rechtzeitig zu erkennen, bevor sie zur Entwicklung und Ansteckungsfähigkeit gekommen sind, bedarf dieser Punkt ganz

bestimmter Regelung, die nicht dem Gutdünken des einzelnen Arztes überlassen bleiben darf.

Die ersten zwei Jahre nach der Ansteckung sind bekanntlich die gefährlichsten. Es würde sich daher empfehlen, hier die Untersuchungen recht häufig zu machen; monatlich bis zweimonatlich mindestens einmal. In allen den Fällen indessen, wo die Ansteckungsgefahr sehr gross ist, z. B. bei den Prostituirten, könnte auch vom Arzt eine viel häufigere Untersuchung angeordnet werden, zwei bis dreimal wöchentlich, wenn das in Rücksicht auf die Zeit und die ärztlichen (beamteten) Arbeitskräfte thunlich erscheinen sollte.

8. Kommt eine syphilitische Person den Anordnungen des Arztes nicht nach, so hat der Arzt das Recht, sofort der Polizei Anzeige zu machen, um eine zwangsweise Behandlung oder Untersuchung einzuleiten. Er darf indessen, wenn eine unmittelbare Ansteckungsgefahr unwahrscheinlich ist, die Person an ihre Pflicht erinnern. Erst wenn diese Erinnerung fruchtlos geblieben ist, oder wenn der Arzt von dieser Erinnerung keinen Gebrauch machen will, hat er die Pflicht, der Polizei Anzeige zu machen.

Motivirung: Diese Bestimmung ist die einfache Folge der vorhergehenden und bedarf kaum der Motivirung. Wer sich nicht freiwillig behandeln und untersuchen lässt, muss eben dazu gezwungen werden. Seine Strafe besteht in der zwangsweisen Behandlung seitens des beamteten Arztes. Vorwiegend wird diese Bestimmung bei Prostituirten Anwendung finden, indessen ist es nicht ausgeschlossen, dass auch Männer, die sich durch Unwissenheit und Indolenz auszeichnen, davon betroffen werden.

9. Die Polizei hat das Recht, Personen, welche der Syphilis verdächtig sind, oder durch ihren Lebenswandel besonders geeignet erscheinen, Syphilis zu verbreiten, der zwangsweisen Untersuchung zuzuführen,

falls diese nicht ein ärztliches Attest über ihren Gesundheitszustand aufzuweisen haben.

Motivirung: Diese Bestimmung richtet sich hauptsächlich gegen die Prostituirten. Ich denke mir die Anwendung der Bestimmung folgendermaassen: Die auf den Strassen oder in den Localen herumvagirenden Dirnen können jederzeit von der Polizei angehalten und nach ihrem Gesundheitsattest gefragt werden. Haben sie ein genügendes Attest aufzuweisen, so verliert die Polizei das Recht, die Dirne bei Abwesenheit eines anderen triftigen Grundes zu arretiren. Im Falle sie ein Attest nicht haben, werden sie bis zur zwangsweisen Untersuchung in polizeilichen Gewahrsam gebracht. Ein derartiges Handhaben der Bestimmung würde, wie ich das schon früher (Seite 66) auseinandergesetzt habe, die Prostituirten veranlassen, freiwillig die ärztliche Controlle aufzusuchen, um vor der Polizei sicher zu sein.

Allerdings könnte sich die Bestimmung auch einmal gegen Männer richten, wenn die Polizei durch Anzeige von dritten Personen oder von Aerzten Kenntniss erhielte, dass bestimmte, mit ansteckenden syphilitischen Krankheitserscheinungen behaftete Männer geschlechtlich verkehrten. Obgleich dieser Fall sicherlich selten eintreten wird, so ist er doch durchaus denkbar, und die Polizei muss ein Mittel haben, gegen Männer, die muthwillig ihre Krankheit weiterverbreiten, sofort einschreiten zu können.

Es kann eigenthümlich erscheinen, dass in den angeführten neun Bestimmungen der Act der Ansteckung selbst, die man ja doch verhindern will, nicht direkt unter Strafe gesetzt ist, was doch das nächstliegende zu sein scheint. Dem ist zu erwidern, dass eine Gesetzesbestimmung schon jetzt existirt, nach der wissentliches Verbreiten ansteckender Krankheit strafbar ist. Sie hat aber bisher nichts genützt, wenigstens nicht für die Geschlechtskrankheiten, wie das ja in der Natur der Sache liegt.

Der Fall, dass ein Mann muthwillig seine Syphilis verbreitet, ist gewiss selten, wenn er aber vorkommt, so wird er noch seltener zur Kenntniss derjenigen gelangen, die um seine Syphilis wissen, wiederum aus natürlichen Gründen, da der Mann vor diesen natürlich seinen Geschlechtsverkehr sorgfältigst verheimlichen wird. Wollte man aber nach erfolgter Ansteckung den Thäter zur Rechenschaft ziehen, so könnte dadurch doch die Ansteckung nicht mehr verhindert werden. In den meisten Fällen würde aber weder die Person, von der die Ansteckung ausgegangen ist, mit Sicherheit ermittelt werden können, noch festzustellen sein, dass der Betreffende mit Bewusstsein die Krankheit verbreitet hat; dafür sind die dabei in Betracht kommenden Verhältnisse viel zu delikat.

Man muss sich daher für alle diese Fälle schon damit begnügen, dass die ärztliche Anzeige der Geschlechtskrankheiten festgesetzt und die Unterlassung unter Strafe gestellt wird.

Eine andere Frage nicht principieller, sondern mehr technischer, trotzdem aber sehr wichtiger Natur, ist es, wie man nun thatsächlich die Controlle bewerkstelligen soll. Das leitende Princip muss dabei Einfachheit und möglichst geringe Belästigung des Arztes und der Kranken sein. Die Controlle muss in die Hand des Arztes und des Patienten selbst gelegt werden, eine staatliche Controlle ist unnöthig. Das wäre vielleicht durch folgende Bestimmungen erreichbar:

1. Der Arzt hat von jedem Syphilisfall oder jeder den Verdacht erweckenden Krankheit, der in seine Behandlung kommt, eine sogenannte „Controllkarte" möglichst einfacher Art auszufertigen; ausser den Personaldaten der Kranken wird eingetragen: die Adresse des behandelnden Arztes, sowie kurze Vermerke über die Krankengeschichte und Behandlung und über die durch Bestimmung 7 geforderten regelmässigen Untersuchungen.

2. Von diesen Controllkarten werden zwei Exemplare ausgefüllt, deren eine der Arzt, die andere der Patient erhält. Beim Uebergang des Patienten von einem Arzt zum anderen hat alsdann

der Patient selber den Nachweis seiner Behandlung und ist auf diese Weise nicht von dem jeweilig behandelnden Arzt abhängig. Entzieht er sich der Behandlung des ersten Arztes, ohne in die eines anderen überzugehen, so hat der Arzt den Ausweis über die bisherige Behandlung, auf Grund dessen er die Anzeige an die Polizei zu machen verpflichtet ist.

3. Beim Wechsel des Arztes hat der Patient dem bisher ihn behandelnden Arzte Mittheilung zu machen, in wessen Behandlung er übergegangen ist. Dem neuen Arzt hat dann der erste Arzt durch die Post etwa, nicht durch den Patienten selbst, die von ihm geführte Controllkarte — deren Duplicat der Patient besitzt — einzusenden. Durch diese Vorschrift wird erstens eine Controlle der Aerzte untereinander erzielt, zweitens ist durch die Bestimmung, dass die Aerzte direkt miteinander in Verbindung treten, eine Verheimlichung und Vertuschung seitens des Patienten ausgeschlossen.

4. Diese Controllkarten sind bis zum Schluss des dritten Kalenderjahres, das Jahr, in dem die Erkrankung erfolgte, mit eingerechnet, weiter zu führen. In den ersten beiden Jahren wären vielleicht monatliche Untersuchungen auf etwaige Recidive vorzunehmen, in dem dritten zweimonatliche oder vierteljährliche. Diese Untersuchungen müssen in den Controllkarten vermerkt werden.

Natürlich wäre es durchaus nicht erforderlich, dass der behandelnde Arzt nun auch immer die Untersuchungen selbst machte, sondern der Patient könnte, wenn er sich auf Reisen befände oder irgend ein anderer Grund vorläge, von einem anderen Arzt sich untersuchen lassen. Von diesem hätte er sich eine Bescheinigung über das Resultat der Untersuchung geben zu lassen, die er dem behandelnden Arzt einzuschicken hätte, damit dieser auf Grund der Bescheinigung den Vermerk in die Controllkarte machen könnte. Dasselbe gälte nicht nur von der Untersuchung, sondern auch von der Behandlung seitens anderer Aerzte, beispielsweise für reisende Kaufleute, die häufig genöthigt sind, zahlreiche Aerzte zur Durchführung einer einzigen Cur in Anspruch zu nehmen. Diese hätten

alsdann einen Vermerk in die vom Patienten geführte Controllkarte einzutragen, während der Patient thatsächlich unter Aufsicht des von ihm zuerst consultirten und die Controllkarte führenden Arztes bliebe. Die anderen zeitweise behandelnden Aerzte wären also gewissermaassen nur die Vollstrecker der Anordnungen des die Controllkarte führenden Arztes. — Auf diese Weise würde ohne irgend eine Belästigung des Patienten und mit verhältnissmässig geringer Mühe seitens der Aerzte eine Controlle durchgeführt, in welcher der Arzt den Patienten und dieser den Arzt controllirt und in der beide durch dritte Aerzte controllirt werden können; eine Staatsaufsicht wäre vollkommen entbehrlich. Denn jeder Arzt wäre genöthigt, die Controllkarte genau den Bestimmungen gemäss zu führen, da beim Uebergang des Patienten zu einem anderen Arzte, sofort seine eventuelle Nachlässigkeit herauskäme und er zur Strafe herangezogen werden könnte.

5. Eine Remuneration der Aerzte für die durch Führung der Controllkarten verursachte Arbeit findet vom Staate nicht statt. Wollte man eine solche einführen, so wäre es naturgemäss nothwendig, dass die Controllkarten beim Beginn der Behandlung oder nach Schluss derselben der Behörde eingereicht werden. Damit würden aber die Namen der an Syphilis erkrankten Personen dieser Behörde bekannt werden, was jedenfalls für viele Patienten sehr unangenehm wäre und sie veranlassen könnte, die ärztliche Behandlung nicht aufzusuchen und die gesetzlichen Bestimmungen zu umgehen. Es ist das aber auch für den Arzt nicht wünschenswerth und auch nicht nöthig. Denn jedem Arzt stünde es ja frei, ebenso wie er für die Behandlung die Höhe des Honorars festsetzt, so auch für die — wenn auch gesetzlich geforderte — Führung der Controllkarte sich honoriren zu lassen. Dass dadurch die Behandlung der Syphilis besonders vertheuert würde, ist bei der grossen Concurrenz der Aerzte nicht anzunehmen, zumal ja dem Patienten freisteht, den Arzt zu wechseln. Zudem könnte diese Mühewaltung der Aerzte — wenn sie unentgeltlich erfolgte — auch

als ein Aequivalent betrachtet werden für die Bestimmung, dass Syphilis nur von approbirten Aerzten behandelt werden darf, eine Bestimmung, die jedenfalls eine Vermehrung der Einnahmen des gesammten Aerztestandes mit sich bringt.

6. Am Schlusse eines jeden Kalenderjahres hat jeder Arzt die bisher noch nicht mit Controllkarten versehenen Syphilisfälle, die in seine Behandlung treten, der Staatsbehörde (Reichsgesundheits-Amt zu Berlin?) einzureichen. Dabei wären an Stelle des vollen Namens nur die Anfangsbuchstaben zu setzen und die übrigen Krankheitsdaten in ein möglichst einfach gehaltenes Schema einzutragen. So könnte gleichzeitig eine umfassende und genaue Syphilisstatistik ermöglicht und die Wirkungen der gesetzlichen Bestimmungen statistisch festgelegt werden. —

Wie stellt sich nun die Ausführung dieser gesetzlichen Bestimmungen. Natürlich lässt sich das nicht im Allgemeinen darlegen, sondern nur im Speciellen, ebenso wie diese Bestimmungen vom Verfasser nicht generaliter erdacht, sondern aus einzelnen Fällen, die dem Verfasser in der Praxis vorgekommen sind, erst construirt worden sind. Die Anwendungsweise wird sich daher auch wieder am besten ergeben, wenn wir einzelne specielle Fälle ins Auge fassen. Lassen wir daher eine Reihe praktischer Fälle an unserem geistigen Auge vorüber gehen.

1. Ein Patient mit einem Geschwür an den Geschlechtstheilen kommt zum Arzt, der eine sichere Diagnose, ob ein syphilitisches Geschwür vorliegt, nicht stellen kann. Nach der Bestimmung 6 hat der Patient auch in diesem Falle dem Arzte in seinen Anordnungen Folge zu leisten. Ist der Patient mit der Anordnung nicht einverstanden und will den Arzt wechseln, so hat dieser die von ihm angelegte Controllkarte dem Arzte, in dessen Behandlung der Patient überzugehen wünscht, einzusenden und dadurch diesen von der Sachlage in Kenntniss zu setzen. Das ist natürlich eine Belästigung sowohl für den Arzt, als auch für den Patienten, der bisher im ähnlichen Fall einfach sich der Behandlung des ersten

Arztes entzogen hat, ohne ihn davon in Kenntniss zu setzen noch viel weniger ihm mitzutheilen, in wessen Behandlung er übergehen will. Nehmen wir aber an, der Patient ist mit den Anordnungen des ersten Arztes nicht einverstanden und befolgt sie einfach nicht, lässt sich z. B. nicht mehr bei ihm blicken, so kann der Arzt von seinem Recht der Mahnung (Bestimmung 8) Gebrauch machen, oder er muss den Patienten sofort anzeigen, um zwangsweise Behandlung zu erzielen.

Sowohl nach der Uebergabe an einen anderen Arzt, als auch bei der polizeilichen Anzeige ist für den ersten Arzt dieser Fall erledigt; er hat auch diesen Fall am Jahresschluss an die Behörde zur Statistik nicht einzusenden, da Syphilis noch nicht sicher constatirt ist. Das hat erst der Arzt zu thun, der zuerst Syphilis feststellt.

2. Ein reisender Kaufmann mit hartem Schanker und syphilitischem Ausschlag consultirt einen Arzt etwa in Halle, ist wohnhaft in einem Dorfe Thüringens und wird in den nächsten Wochen in verschiedenen Städten überall nur kurzen Aufenthalt nehmen. Der Arzt in Halle schlägt ihm eine mercurielle Cur vor, die jener annimmt; auch ist er damit einverstanden, dass er sich unter die Controlle dieses Arztes begiebt. Der Arzt füllt zwei Controllkarten aus, deren eine der Patient bekommt. Mit dieser Controllkarte versehen lässt er sich von verschiedenen Aerzten in den verschiedenen Städten behandeln, die die Behandlung in die Controllkarte eintragen. Nach sechs Wochen kommt der Patient wieder durch Halle, zeigt dem ersten Arzt seine Controllkarte vor, nach welcher dieser dann die nöthigen Notizen in sein eigenes Exemplar macht. Oder der Patient berührt Halle nicht wieder, oder erst nach langer Zeit, dann hat er seine Controllkarte nach einer vom Arzte zu bestimmenden Zeit an diesen einzusenden oder ihm schriftlich Mittheilungen über die Behandlung zu machen oder Atteste seitens der behandelnden Aerzte einzusenden und die weiteren Anordnungen von ihm entgegen zu nehmen. Andernfalls kann der

Patient sich natürlich auch in die Behandlung und Controlle eines anderen Arztes begeben; alsdann hätte der erste Arzt diesem die Controllkarte einzusenden. Bei reisenden Kaufleuten wird also eine Controlle schon lästige Schreibereien machen können, aber man muss anderseits auch bedenken, dass durch diese herumreisenden Geschlechtskranken am meisten die Syphilis verbreitet wird.

3. Ein Patient mit Syphilis verweigert die vom Arzte vorgeschlagene Mercurialbehandlung; dann kann er sich einen approbirten Arzt suchen (Homöopathen?), der ihn ohne Mercur behandelt; das steht ihm frei — wenn auch zu wünschen wäre, dass das recht selten vorkäme. Auch in diesem Falle müsste der erste Arzt seine zwei Controllkarten anfertigen und gleichviel, ob der betreffende Arzt, in dessen Behandlung der Patient übergeht, ein Homöopath oder „Naturarzt" ist, falls er nur approbirt ist, diesem die eine übersenden, die auch von dem Homöopathen oder Naturarzt in gleicher Weise weitergeführt werden müsste. Dem syphilitisch erkrankten Patienten wäre also volle Freiheit in der Behandlung seiner Syphilis zu gewähren. (Bestimmung 6.)

4. Ein Patient entzieht sich der Behandlung des Arztes, dessen Aufforderung sich der Behandlung zu stellen er unbeantwortet lässt. Er wird der Polizei angezeigt. Wie soll seine zwangsweise Behandlung erfolgen? Man könnte daran denken, ihn zunächst in Geldstrafe zu nehmen und dadurch zur Behandlung zu zwingen. Ich glaube aber, dass eine derartige Strafe nur wenig Anwendung finden würde, denn eine derartige Strafe könnte doch nur dann erfolgen, wenn der Patient nicht aus bösem Willen, sondern aus Nachlässigkeit und Vergesslichkeit der Behandlung fern geblieben wäre. Bei der besser situirten und gebildeteren Bevölkerung würde aber die polizeiliche Anzeige wegen Syphilis eine so grosse Unannehmlichkeit bilden, dass eigentlich garnicht zu erwarten steht, dass es je so weit kommt. Dieser liegt doch vor Allem ängstlich am Herzen, ihre Krankheit geheim zu halten. Es würden meines Erachtens wesentlich die ungebildeteren ärmeren

Volksschichten hier in Betracht kommen, die der Syphilis gegenüber nicht selten eine grosse Indolenz beweisen, und denen ein polizeiliches Bekanntwerden ihrer Krankheit keine Kopfschmerzen verursachen würde. Denen ist aber mit Geldstrafen häufig nicht beizukommen, weil sie nichts haben. Es ist aber auch hier zu berücksichtigen, dass diese unentgeltliche Behandlung seitens der beamteten Aerzte haben, sodass ein pekuniärer Grund, der Behandlung fern zu bleiben, nicht vorliegen kann.

Wo daher in den besseren Ständen die Nachlässigkeit so gross ist, dass selbst die Furcht vor polizeilicher Anzeige nicht zur praktischen Behandlung bewegt, und wo in den unteren Ständen die Indolenz so gross ist, dass sie sich selbst der unentgeltlichen Behandlung entziehen, da giebt es nur ein Mittel, die zwangsweise Ueberweisung in ein Krankenhaus.

Diese Ueberweisung ist in den unteren Bevölkerungsschichten überhaupt soviel als thunlich bei ansteckenden Syphiliserkrankungen anzuwenden, da bei ihnen die allgemeinen Verhältnisse eine Weiterübertragung vielmehr begünstigen, als in den besser situirten Ständen.

5. Ein Mädchen mit Allüren, die sie dem Arzt als Prostituirte verdächtig machen, consultirt diesen wegen eines ansteckenden syphilitischen Ausschlages. Von ihr könnte der Arzt vielleicht annehmen, dass sie trotz des Ausschlages aus Gewerberücksichten geschlechtlich verkehre. Soll er sie deshalb gleich der Polizei zur zwangsweisen Behandlung im Spital überweisen? Ich würde das, abgesehen davon, dass diese Anzeige durch die gesetzlichen Bestimmungen nicht gerechtfertigt wäre, auch für unvortheilhaft halten. Denn dadurch würden die Prostituirten abgeschreckt, freiwillig den Arzt aufzusuchen. Man muss den Prostituirten, zumal denen, die nur gelegentlich Prostituirte sind, nicht die Möglichkeit rauben, sich ebenso gut privatim behandeln zu lassen wie die Männer, von denen man im einzelnen Falle doch auch nicht weiss, ob sie nicht während der Behandlung die Syphilis verbreiten können. Der Arzt

könnte und sollte in einem solchen Falle dem Mädchen wohl dringend anrathen, die unentgeltliche Behandlung im Krankenhause aufzusuchen, indessen ein Zwang dürfte von ihm nicht ausgehen. Wenn er sich freilich überzeugte, — was allerdings wohl selten eintreffen dürfte, dass sie trotz seines Verbotes mit Männern verkehrte, wäre die polizeiliche Anzeige gerechtfertigt. Indessen ist auch anzunehmen, dass gerade die Mädchen, die sich aus freien Stücken privatim behandeln lassen, die also auf sich und ihre Gesundheit noch etwas halten, alles thun werden, um mit der Polizei nicht in Berührung zu kommen, was höchst wahrscheinlich wäre, wenn sie ihrem Gewerbe nachgingen ohne Gesundheitsattest.

Dasselbe würde natürlich auch für die beamteten Aerzte gelten, die ex officio Syphilis unentgeltlich zu behandeln, und auch für die Aerzte, welche die Prostituirten zu untersuchen hätten, und bei denen sich Mädchen freiwillig in (unentgeltliche) Behandlung begeben. Das müsste stricte festgehalten werden, dass der Arzt nicht zu gleicher Zeit Polizist wäre. Diese Mädchen erhielten ja, wenn krank befunden, vom Arzt schon kein Gesundheitsattest, das ihnen der Polizei gegenüber als Legitimation gälte.

Die ganze polizeiliche Controlle der Prostitution läge eben nur in den Händen der Polizei, sie wäre aber auch meines Erachtens sehr leicht und bequem auszuführen. Da die Polizei die Wohnungen, Verkehrslocale und „Striche“ der Prostituirten genau kennt, so könnte selbst in den grossen Städten die Mehrzahl der Prostituirten alltäglich oder allnächtlich auf ein Gesundheitsattest inquirirt werden. Das Vorzeigen des Gesundheitsattestes und ein Blick in dasselbe seitens des Polizisten wäre das Werk einiger Secunden und könnte ganz unauffällig geschehen. Ein einzelner Polizist könnte wohl in einer Nacht hundert und mehr Prostituirte in dieser Weise nebenbei revidiren.

Eine derartige Aufgabe der Polizei erfordert natürlich von den hiermit Betrauten nicht nur Erfahrung sondern auch Takt und Geschick, wenn nicht aus ihr eine arge Belästigung der gesammten

Frauenwelt entstehen soll. Man mag wohl angesichts der Fälle grober Ungeschicklichkeit, die sich die Polizei auf diesem Gebiete in letzter Zeit hat zu Schulden kommen lassen, (z. B. Fall Köppen in Berlin) daran zweifeln, ob die Polizei fähig ist, eine so schwierige Aufgabe zu erfüllen. Indessen sollte ich meinen, wenn eine vorsichtige Auswahl unter den Polizeibeamten getroffen würde und nur in den localen Verhältnissen wohl erfahrene Polizisten zu dieser Controlle verwendet würden, dass eine Belästigung anständiger Frauen sich wohl stets vermeiden liesse.

Wie muss nun aber das Gesundheitsattest beschaffen sein, damit Täuschungen und Fälschungen ausgeschlossen werden?

Im Princip könnte natürlich jeder Arzt ohne Weiteres ein solches Attest ausstellen. Aber da könnten doch Täuschungen der Polizei mit unterlaufen. Nehmen wir an: Von zwei befreundeten Prostituirten ist die eine gesund, die andere leidet an Syphilis. Die gesunde lässt sich zweimal von verschiedenen Aerzten untersuchen und Atteste ausstellen, deren eines sie der Freundin giebt. Das könnte leicht vorkommen, denn die Prostituirten sind gewitzigt. Das Attest müsste also mit Sicherheit auf die wirklich untersuchte Person lauten.

Das ist nur mittels Photographie möglich. Ein Attest auf die Rückseite der Photographie ausgestellt, könnte nicht in dieser Weise verwandt werden.

Nun wäre es aber weiterhin möglich, dass das Attest selbst gefälscht würde. Der Namenszug und Stempel eines Arztes wäre auch nicht ganz sicher, denn in einer grossen Stadt — nehmen wir Berlin — giebt es viele Aerzte, so dass der Polizist nicht in wenigen Secunden Unterschrift und Stempel eines Arztes auf ihre Echtheit hin prüfen kann.

Wenn daher auch die Polizei solche Atteste von nicht beamteten Aerzten anerkennen müsste, so wäre es doch gut, wenn sie derartige Atteste nicht als ganz vollwerthig betrachtete, ihr Misstrauen den Prostituirten gegenüber kund gäbe und eventuell

Recherchen bei dem betreffenden Arzte anstellen zu wollen vorgäbe, oder auch wirklich anstellte, kurz den Prostituirten zu verstehen gäbe, dass Atteste von Seiten der beamteten Aerzte von ihr als sicherere Legitimation betrachtet würde.

Dadurch würden die Prostituirten noch mehr zu den beamteten Aerzten hingedrängt, zu denen sicherlich die Mehrzahl schon wegen der Kostenlosigkeit von selbst ginge.

Von diesen könnte nun allerdings — besonders mit Zuhülfenahme der Photographie und durch schwer nachzumachende Stempel, die etwa noch zeitweise verändert würden — Atteste ausgestellt werden, die jede Täuschung unmöglich machten.

Wie soll nun aber das Attest beschaffen sein oder was muss es enthalten?

Zweierlei: Erstens das Datum der Untersuchung und zweitens die Zeitdauer, wie lange das Attest gültig sein solle, was natürlich in der Hand des Arztes läge.

Handelt es sich beispielsweise um eine Prostituirte, die vor mehreren Jahren Syphilis durchgemacht hat, also immun ist, so könnte das Attest auf einen oder zwei Monate lauten. Im Gegentheil müsste das Attest bei einem Mädchen, das im secundären Stadium der Syphilis stände und bei dem ein Verdacht auf Syphilis nahe vorläge, natürlich auf eine viel kürzere Zeit lauten: auf 3 oder 4 Tage; desgleichen vielleicht bei einem Mädchen, das noch nicht Syphilis acquirirt hat. Es stände also wiederum beim Arzte, die Controlle so häufig oder so wenig häufig einzurichten, wie er es nach ärztlichem Wissen für nöthig erachtete. Dadurch würde viel unnütze Zeit und Arbeit gespart, gegenüber der jetzigen Art der Controlle, durch die sämmtliche Dirnen gleichmässig 1 bis 2 Mal wöchentlich untersucht werden.

VII. Schlusswort.

Ich habe mich in den vorhergehenden Betrachtungen vielfach mit Einzelheiten und vielleicht lächerlich klein erscheinendem Detail aufgehalten und dadurch wohl in etwas die leitenden Ideen verschleiert. Aber das war nothwendig, um zu zeigen, dass die leitenden Ideen auch praktisch durchführbar sind, und das lässt sich eben nur in Einzelheiten zeigen. Ich bin weit entfernt zu glauben, dass alles das, was ich zur Bekämpfung der Syphilis vorgebracht habe, unanfechtbar sei; noch weniger, dass es nicht durch Besseres ersetzt werden könnte. Man lasse also in der Beurtheilung Milde walten und falle nicht mit zu scharfer, wenn auch berechtigter Kritik über einzelne Punkte her, um das Ganze zu verurtheilen.

Die scharfe Kritik wird aber am Platze sein, wenn es sich einmal darum handeln sollte, die Vorschläge auf dem Papier in die Praxis zu übersetzen; dann soll sie hoch willkommen geheissen werden.

Eines Punktes wird sich allerdings die Kritik, wie ich fürchte, sofort bemächtigen, und zwar des wichtigsten. Ich fühle deshalb das Bedürfniss, darauf schon im Voraus zu antworten.

Als erstes Postulat für die Bekämpfung der Syphilis habe ich die Aufhebung der Controlle auf Gonorrhoe gefordert.

„Was", höre ich schon im Geiste die Frauenärzte rufen, „die schlimmste aller Geschlechtskrankheiten, die für die Frauen viel verderblicher ist als die Syphilis, soll hygienisch ganz vernachlässigt werden? Dann taugen alle Vorschläge, mögen sie sonst so vortrefflich sein, wie sie wollen, schon im Voraus nichts."

Ich begreife diese Entrüstung vollkommen. Das kann aber nichts daran ändern, dass wir gegen die Gonorrhoe auf hygienischem Wege durch eine Controlle der Prostitution nichts ausrichten können.

Sollen wir, nachdem wir klipp und klar unsere Unfähigkeit eingesehen haben, lieber nur so thun, als ob wir etwas thäten, nur um den Schein zu wahren? Das sei ferne von uns. Der klaren Erkenntniss muss das offene Bekenntniss und diesem die That folgen.

Die Hygiene der Gonorrhoe liegt auf einem anderen Gebiete, nicht in der Controlle der Prostitution, sondern in der Behandlung der Gonorrhoe des Mannes. Nicht können wir den Mann vor der Gonorrhoe bewahren, aber wir können ihn von der Gonorrhoe heilen, bevor er in die Ehe tritt.

Der Schwerpunkt der Gonorrhoe des Mannes liegt nicht darin, dass er krank ist, sondern dass er seine Frau in der Ehe ansteckt. Die grosse hygienische Bedeutung des Trippers liegt in der Ansteckungsgefahr der Frau in der Ehe.

Die Frau vor der Gonorrhoe zu bewahren, muss das Ziel der Hygiene sein. Das wird aber nicht erreicht durch Assanirung der Prostitution, sondern dadurch, dass sich die Ueberzeugung nicht nur bei den Aerzten, sondern auch im Publikum immer mehr Bahn bricht, dass es ein Verbrechen ist, wenn ein tripperkranker Mann eine Ehe eingeht.

Leider ist diese Ueberzeugung unter Aerzten sowohl wie unter dem Publikum wenig verbreitet. Es herrscht immer noch ein grosser Leichtsinn.

Es ist aber auch in diesem Punkte in den letzten Decennien viel geleistet worden, wenigstens von Seiten der wissenschaftlichen Specialärzte, indem sie die Behandlung der männlichen Gonorrhoe bedeutend verbessert und vervollkommnet haben. Man kann jetzt mit Recht behaupten, dass jede männliche Gonorrhoe — abgesehen von ganz seltenen ungünstigen Fällen — bei einiger Ausdauer seitens des Patienten und der nöthigen Kenntniss seitens des Arztes heilbar ist.

Diese Kenntniss seitens des Arztes ist aber nur bei einem verschwindend kleinen Theil der Aerzte vorhanden. Das ist ein Grund mit, warum die Frauenärzte noch immer so viel unglückliche Opfer der Gonorrhoe unter Händen haben.

Wollen die Frauenärzte etwas für die Hygiene der Frauengonorrhoe thun, so sollen sie mit aller Macht darauf dringen, dass die Aerzte besser unterrichtet werden in der Behandlung der männlichen Gonorrhoe. Sie können sich ein unendliches Verdienst um die Frau erwerben, wenn sie dem immer noch in Deutschland missachteten Fache der Dermatologie und Syphilidologie auf den Universitäten die ihnen gebührende Stellung zu verschaffen und das Studium der Geschechtskrankheiten zu einem obligatorischen Lehrfache zu machen suchen, damit die Studirenden nicht nur darauf hingewiesen, sondern genöthigt wären, sich die erforderlichen Kenntnisse in der Gonorrhoe-Behandlung des Mannes anzueignen.*)

Das wäre nutzbringende Hygiene der Frauen-Gonorrhoe!

Obgleich nicht ganz zur Sache gehörig, kann ich doch eine Bemerkung darüber nicht unterdrücken, wann die Gonorrhoe des Mannes als geheilt oder als nicht mehr ansteckend zu betrachten ist? Neisser und seine Schule stellen den Satz auf, dass eine Gonorrhoe nicht mehr ansteckend ist, wenn bei mehrfachen sorgfältigen Untersuchungen keine Gonococcen mehr gefunden werden. Das ist nach meinen Beobachtungen grundfalsch. Ich selbst habe mich eines verhängnissvollen Irrthums im Anfang meiner ärztlichen Thätigkeit, als ich noch von der Richtigkeit der Neisserschen Anschauung überzeugt war, anzuklagen. Einem Patienten, dessen Tripperfäden bei wiederholten sorgfältigsten Untersuchungen keine Gonococcen mehr zeigten, erlaubte ich die Ehe, mit dem Hinweis, dass eine Ansteckungsgefahr als ausgeschlossen zu betrachten sei; nach sechs Wochen hatte die junge Frau eine acute Gonorrhoe. Seitdem habe ich in wiederholten Fällen denselben Fehler bei anderen Aerzten, insbesondere auch bei Schülern Neissers zu beobachten leider Gelegenheit gehabt. Ja, der Glaube, dass

*) Dieser Appell richtet sich wesentlich an die Frauenärzte, die gleichzeitig ordentliche Professoren an deutschen Universitäten sind, und vermöge dieser ihrer Stellung sehr wohl einen nachhaltigen Einfluss auf die Regierung gerade in dieser Frage ausüben könnten.

der Arzt durch den negativen mikroskopischen Nachweis der Gonococcen die Infectiosität ausschliessen kann, ist sogar weit ins Publikum gedrungen, wie das besonders in den letzten Jahren die Patienten beweisen, die behufs Eheschliessung eine mikroskopische Untersuchung bei mir eingefordert haben.

Es muss daher mit aller Entschiedenheit gegenüber dieser engen Doctrin betont werden, dass der negative Nachweis der Gonococcen auch nur einen rein negativen Werth hat, und dass eine Nicht-Infectiosität der Gonorrhoe nur dann sicher constatirt werden kann, wenn nicht nur keine Gonococcen gefunden werden können, sondern wenn auch mikroskopisch und klinisch alle Symptome einer krankhaften Secretion der Harnröhrenschleimhaut verschwunden sind.

Ich wiederhole zum Schluss und fasse das Resultat der Betrachtungen zusammen: Die Hygiene der Gonorrhoe beruht auf der Behandlung des Mannes vor der Ehe, die Hygiene der Syphilis auf der Assanirung der Prostitution.

Wenn diese Schrift auch nur an einzelnen Stellen die jetzt herrschende Indolenz beseitigt und Anregung giebt, die Hygiene der Syphilis ernstlich ins Auge zu fassen, so wird sie ihren Zweck erfüllt haben.

Der thatsächliche Kampf gegen die Syphilis wird, wenn er je ernstlich begonnen wird, nicht leicht sein. Anfeindungen werden von vielen Seiten kommen und er wird nicht nur die Anstrengungen der Aerzte, sondern vor Allem die Einsicht der Regierungen erfordern.

Deshalb ist es rathsam, einem hoffnungsfreudigen Optimismus, dem man sich gerne hingeben möchte, nüchtern die Wirklichkeit entgegenzuhalten und vor Allem die Schwierigkeiten und Hindernisse ins Auge zu fassen, die der Erreichung des hohen Zieles, der Austilgung der Syphilis, entgegenstehen. Dann aber wird auch der Kampf gegen diese verderbliche Seuche mit Aussicht auf Erfolg begonnen und geführt werden können.

Tabelle I.

Erkrankungsziffer der Preussischen Armee, der VI. und XV. Armeecorps, der Garnisonen Breslau, Strassburg und Colmar während der Jahre 1873—1893.

	Preussische Armee		VI. Schlesisches Armeecorps		XV. Elsässisches Armeecorps		Breslau	Strassburg		Colmar
	‰ venerische Krankheiten	‰ Syphilis	‰ venerische Krankheiten	‰ Syphilis	‰ venerische Krankheiten	‰ Syphilis	‰ venerische Krankheiten	‰ venerische Krankheiten		absolute Zahlen
1873	38	10,0	42	12,3	63	13,5	33	a) 44	b) 46	183
1874	31	8,2	34	9,0	68	13,7	29	75	74	108
1875	28	6,4	41	9,0	52	8,6	28	49	49	88
1876	30	6,1	39	10,2	54	9,1	26	52	62	82
1877	36	7,4	61	14,0	48	8,1	46	47	45	62
1878	38	9,1	59	16,9	49	11,0	51	52	59	91
1879	34	8,9	53	16,8	43	11,0	47	40	52	91
1880	39	10,2	62	16,5	41	7,3	55	27	41	82
1881	41	10,2	58	15,6	39	8,3	50	32	43	64
1882	38	10,2	57	20,7	42	9,5	48	36	38	38
1883	34	8,7	48	13,7	35	7,1	49	22	35	30
1884	32	8,5	43	10,1	30	6,4	45	24	33	20
1885	29	7,4	39	11,7	36	5,6	41	29	39	22
1886	28	6,9	41	12,9	34	4,9	37	27	32	38
1887	26	6,3	28	7,9	29	5,5	28	28	32	54
1888	26	5,9	25	4,8	35	8,0	22	30	34	26
1889	26	5,4	27	4,5	41	5,7	20	—	39	56
1890	27	5,4	22	4,4	26	4,1	25	—	29	128
1891	27	5,7	23	6,4	29	5,3	26	—	32	77
1892	29	7,1	28	6,8	37	8,3	27	—	50	89
1893	32	7,6	32	7,5	41	5,6	25	—	51	111

a) Diese Zahlenreihe ist der Arbeit Wolffs: „Die venerischen Krankheiten“ in Topographie der Stadt Strassburg, II. Aufl., 1889, S. 467, entnommen, sie stimmt nicht mit der Zahlenreihe b) überein, die den Sanitätsberichten der Preussischen Armee entstammt, denen auch alle übrigen Zahlen der Tabelle entnommen sind.

Tabelle II.

$^0/_{00}$-Zahlen der venerischen Erkrankungen in der englischen Armee von 1860—1895.

	Schanker syphilit.	Schanker weicher	Schanker Total	Secundäre Syphilis	Gonorrhoe	Total	Bemerkungen
1860	—	—	142	35	139	316	Vom Jahre 1879—1895 sind die Zahlen den Jahrgängen des Army medical Departement Report entnommen und gelten für die gesammte Landarmee in England, während die Zahlen der Jahre 1860—1879 nur für die 28 auf Tabelle VI angeführten Stationen, etwa $^3/_4$ der Armee, gelten und relativ etwas zu hoch sind, da die 28 Stationen bezügl. der Geschlechtskrankheiten ungünstiger gestellt sind als die übrigen zahlreichen kleinen Stationen. Diese Zahlen sind nach den auf Tab. VI angeführten $^0/_{00}$-Zahlen summarisch nach dem Verhältniss der Kopfstärke der Garnisonen ausgerechnet, machen daher auf absolute Genauigkeit keinen Anspruch, genügen indessen, um die Krankheitsbewegung in diesem Abschnitt zu erkennen. Bis zum Jahre 1886 werden syphilitische u. weiche Schanker nicht unterschieden.
1861	—	—	137	38	129	304	
1862	—	—	112	39	133	284	
1863	—	—	110	40	116	266	
1864	—	—	108	38	112	258	
1865	—	—	97	31	122	250	
1866	—	—	90	27	188	235	
1867	—	—	99	29	131	259	
1868	—	—	92	32	121	245	
1869	—	—	86	28	106	220	
1870	—	—	74	25	97	196	
1871	—	—	62	21	113	196	
1872	—	—	70	24	105	199	
1873	—	—	64	24	87	175	
1874	—	—	55	24	67	146	
1875	—	—	48	29	62	139	
1876	—	—	47	28	74	149	
1877	—	—	51	25	84	160	
1878	—	—	54	27	91	172	
1879	—	—	63	29	76	168	
1880	—	—	96	30	106	232	
1881	—	—	101	30	102	234 [1])	
1882	—	—	102	27	105	235	
1883	—	—	116	28	106	251	
1884	—	—	125	28	105	260	
1885	—	—	127	26	121 [2])	275	
1886	88	29	118 [1])	33	114	267	
1887	73	32	106	42	103	251	
1888	66	26	93	40	91	224	
1889	61	21	83	35	92	212	
1890	69	16	85	37	89	212	
1891	63	14	77	35	85	197	
1892	66	12	79	33	88	201	
1893	56	15	72	37	69	180	
1894	47	20	67	34	79	182	
1895	43	20	63	35	75	173	

1) Diese Zahl und einige der folgenden sind höher als die Summe der hier angegebenen Summanden, da die erste Decimalstelle bei diesen weggelassen ist.

2) Während in den vorhergehenden Jahren nur die im Hospital behandelten gonorrheischen Erkrankungen gerechnet worden sind, werden vom Jahre 1885 alle gonorrheischen Erkrankungen gezählt, so dass diese Zahlen relativ höher sind. Beispielsweise ist für das Jahr 1885 die erste Zahl 111, also um 10 niedriger als die aufgeführte.

Tabelle III.

$^0/_{00}$-Erkrankungsziffer der 28 Militärstationen.

	14 reglementirte			14 nicht reglementirte		
	Schanker $^0/_{00}$	Secundäre Syphilis $^0/_{00}$	Gonorrhoe $^0/_{00}$	Schanker $^0/_{00}$	Secundäre Syphilis $^0/_{00}$	Gonorrhoe $^0/_{00}$
1860	146	37	139	134	28	139
1861	142	40	139	120	32	118
1862	117	41	139	100	34	138
1863	107	40	120	107	40	120
1864	102	40	118	111	36	110
1865	95	31	115	101	30	140
1866	87	28	116	99	25	114
1867	91	31	132	115	26	130
1868	83	30	133	109	36	115
1869	66	25	106	128	35	105
1870	55	23	98	113	31	96
1871	51	17	116	93	29	107
1872	54	20	104	123	34	106
1873	50	20	82	102	31	95
1874	42	22	62	88	34	77
1875	35	24	58	79	41	72
1876	33	23	68	82	39	89
1877	35	20	68	91	36	117
1878	40	21	78	131	42	121
1879	47	26	69	108	38	95
1880	74	30	100	167	37	128
1881	74	26	97	181	40	122
1882	78	22	100	179	37	135
1883	110	25	99	188	44	134
1884	138	25	101	160	49	136
1885	137	—	112	—	—	—
1886	134	—	111	—	—	—
1887	125	—	97	—	—	—

Tabelle IV.

‰-Erkrankungsziffer an Schanker und Gonorrhoe der übrigen nicht reglementirten Stationen mit Ausnahme der „14 grösseren“ vom Jahre 1878—1884.

	Kopf-stärke	Absolute Zahl der Schanker-erkrankungen	‰-Zahl der Schanker-erkrankungen	Absolute Zahl der Gonorrhoe-erkrankungen	‰-Zahl der Gonorrhoe-erkrankungen
1878	24 567	1172	47	2054	82
1879	19 996	1165	57	1499	70
1880	21 815	1476	67	2238	103
1881	25 541	2114	82	2437	95
1882	25 615	2101	82	2392	93
1883	25 314	1898	75	2342	93
1884	26 641	2195	81	2402	90

Tabelle V.

‰ der wegen Syphilis als untauglich zurückgewiesenen Rekruten in England während der Jahre 1860—1895.

	‰		‰
1860	9,05	1878	14,09
1861	11,38	1879	12,34
1862	13,57	1880	10,00
1863	13,72	1881	11,52
1864	14,49	1882	10,92
1865	13,18	1883	9,45
1866	14,26	1884	10,05
1867	14,19	1885	9,29
1868	11,77	1886	7,29
1869	15,00	1887	7,31
1870	14,42	1888	7,03
1871	14,99	1889	6,64
1872	14,05	1890	6,29
1873	15,63	1891	4,88
1874	16,51	1892	4,61
1875	12,55	1893[1])	—
1876	15,01	1894	5,07
1877	15,22	1895	3,48

[1]) Diesen Jahrgang des Army medical Department Report konnte ich nicht einsehen.

Tabelle VI (1).

Erkrankungsziffer der Schanker, secundären Syphilis und Gonorrhoe während der Jahre

Militärstationen reglementirt	1860 Kopfstärke der Garnisen	1860 Primäre Syphilis und weicher Schanker	1860 Secundäre Syphilis	1860 Gonorrhoe	1861 Kopfstärke der Garnisen	1861 Primäre Syphilis und weicher Schanker	1861 Secundäre Syphilis	1861 Gonorrhoe
Devonport and Plymouth .	3 825	609	125	684	3 537	703	161	623
Portsmouth	5 710	1073	260	1057	5 107	851	188	1041
Chatam, Sheerness and Gravesend . .	5 647	601	157	919	4 609	470	263	622
Woolwich	6 877	1280	470	1065	5 967	823	299	894
Aldershot	15 164	1939	485	1681	12 898	1894	451	1362
Windsor	—	—	—	—	—	—	—	—
Shorncliffe	3 631	476	136	386	3 758	459	88	434
Colchester	2 609	440	68	451	2 135	286	62	350
Winchester	1 449	176	47	293	1 186	118	47	198
Dover	2 405	365	94	306	2 339	352	60	432
Canterbury	1 880	155	47	237	1 593	227	65	254
Maidstone	492	52	13	59	412	14	12	39
Cork	1 848	222	49	205	1 835	217	52	248
Curragh	5 942	1017	221	623	5 926	853	329	636
Total	57 479	8405	2172	7966	51 338	7267	2077	7133
per Mille	—	**146**	**37**	**139**	—	**142**	**40**	**139**
Nicht reglementirt:								
Isle of Wight	1 245	111	32	163	1 164	100	40	135
London	—	—	—	—	—	—	—	—
Warley	No returns				336	30	27	34
Hounslow	386	46	28	37	367	49	13	30
Pembroke Dock	1 315	92	26	125	1 262	87	30	147
Sheffield	509	85	9	67	632	61	16	63
Manchester	1 168	135	17	130	1 118	258	13	210
Preston	944	126	15	190	1 068	88	20	82
Edinburgh	1 471	173	37	197	1 496	145	22	176
Fermoy	1 666	172	19	173	1 820	117	18	145
Limerick	1 257	154	11	229	1 246	150	30	157
Athlone	922	81	19	201	717	100	39	82
Dublin	5 423	1009	239	708	4 899	706	235	566
Belfast	812	108	28	154	1 001	158	30	196
London & Windsor combined	5 782	766	164	297	5 757	839	214	299
Total	22 900	3058	644	2671	22 883	2888	747	2322
per Mille	—	**134**	**28**	**139**	—	**120**	**32**	**118**

Tabelle VI (1).
der 14 reglementirten und der 14 nicht reglementirten Stationen 1860 bis 1864.

1862				1863				1864			
Kopfstärke der Garnison	Primäre Syphilis und weicher Schanker	Secundäre Syphilis	Gonorrhoe	Kopfstärke der Garnison	Primäre Syphilis und weicher Schanker	Secundäre Syphilis	Gonorrhoe	Kopfstärke der Garnison	Primäre Syphilis und weicher Schanker	Secundäre Syphilis	Gonorrhoe
3 426	500	152	497	2 782	344	143	354	2 481	274	52	287
4 691	608	222	839	4 630	497	246	669	4 436	538	261	578
3 634	327	276	511	3 899	366	121	590	3 804	334	163	554
5 887	781	224	878	5 234	500	183	641	4 824	384	122	417
12 078	1400	478	1548	11 746	1297	487	1116	10 700	1129	504	1301
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3 589	234	86	389	2 905	236	67	328	2 530	208	96	231
1 479	233	62	247	1 850	241	102	289	2 089	247	72	370
674	107	19	133	621	63	20	88	647	72	21	117
2 054	212	69	299	2 188	215	51	325	2 214	199	42	206
1 124	119	74	247	1 079	147	68	209	1 178	80	41	204
271	6	7	17	299	24	4	24	216	8	14	9
1 408	153	29	131	1 126	108	63	92	1 070	81	38	111
5 007	544	176	547	5 060	615	219	477	4 505	581	205	418
45 322	5224	1874	6283	43 419	4653	1774	5202	40 694	4135	1631	4803
—	**117**	**41**	**139**	—	**107**	**40**	**120**	—	**102**	**40**	**118**
800	86	17	134	1 037	50	38	125	1 118	83	35	162
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
823	62	38	116	692	88	36	135	581	30	24	97
547	52	13	9	513	45	13	26	536	24	16	12
750	36	27	73	819	43	22	75	805	52	29	84
573	76	25	70	626	47	29	46	567	31	6	48
1 051	185	45	192	1 031	96	70	117	962	100	66	91
710	38	31	134	698	39	67	96	855	85	12	196
1 409	98	49	207	1 303	138	35	176	1 128	74	24	110
1 204	43	30	83	1 355	87	35	122	1 425	49	29	102
1 064	148	27	146	910	146	18	68	783	101	25	71
810	41	27	90	876	38	18	112	738	107	46	93
4 645	577	165	715	4 622	741	196	647	4 607	825	211	494
640	58	23	101	650	54	37	71	789	86	23	76
4 755	621	174	367	4 987	745	193	361	5 093	808	183	389
19 781	2121	691	2437	20 119	2357	807	2177	19 987	2455	729	2025
—	**100**	**34**	**138**	—	**107**	**40**	**120**	—	**111**	**36**	**110**

Tabelle VI (2).
Erkrankungsziffer der Schanker, secundären Syphilis und Gonorrhoe
während der Jahre

Militärstationen reglementirt	1865 Kopfstärke der Garnison	1865 Primäre Syphilis und weicher Schanker	1865 Secundäre Syphilis	1865 Gonorrhoe	1866 Kopfstärke der Garnison	1866 Primäre Syphilis und weicher Schanker	1866 Secundäre Syphilis	1866 Gonorrhoe
Devonport and Plymouth	2 569	342	70	377	2 556	209	76	432
Portsmouth	4 824	545	175	662	4 510	452	157	747
Chatam, Sheerness and Gravesend	4 188	360	132	584	3 095	259	142	497
Woolwich	4 795	363	107	394	4 607	410	106	385
Aldorshot	11 049	1108	390	1235	9 211	742	265	815
Windsor	—	—	—	—	—	—	—	—
Shorncliffe	2 744	187	103	265	2 404	137	50	267
Colchester	2 366	254	82	398	2 255	389	65	422
Winchester	978	71	20	202	928	43	28	137
Dover	2 387	160	46	174	2 078	186	29	217
Canterbury	1 000	77	24	100	931	109	45	122
Maidstone	344	61	12	68	375	52	12	55
Cork	1 423	122	45	126	1 768	87	37	112
Curragh	4 411	427	138	352	4 758	369	126	365
Total	43 087	4077	1344	4937	39 476	3444	1138	4573
per Mille	—	**95**	**31**	**115**	—	**87**	**28**	**116**
Nicht reglementirt:								
Isle of Wight	1 210	39	23	199	1 220	14	16	241
London	—	—	—	—	—	—	—	—
Warley	619	60	7	119	1 020	81	15	211
Hounslow	514	12	9	16	524	11	16	39
Pembroke Dock	419	35	9	24	748	23	4	39
Sheffield	703	66	31	89	595	63	26	75
Manchester	940	119	54	142	813	75	36	120
Preston	1 033	88	28	214	847	64	15	109
Edinburgh	1 175	132	16	155	1 059	61	16	86
Fermoy	888	39	14	40	844	30	26	53
Limerick	813	58	21	143	767	37	16	42
Athlone	439	68	20	37	576	24	26	31
Dublin	4 397	659	169	626	4 986	627	157	566
Belfast	941	43	23	164	596	44	17	51
London & Windsor combined	5 391	738	162	387	5 240	791	117	322
Total	19 482	2156	586	3355	19 835	1945	503	1985
per Mille	—	**101**	**30**	**140**	—	**99**	**25**	**114**

Tabelle VI (2).
der 14 reglementirten und der 14 nicht reglementirten Stationen 1865 bis 1869.

1867				1868				1869			
Kopfstärke der Garnison	Primäre Syphilis und weicher Schanker	Secundäre Syphilis	Gonorrhoe	Kopfstärke der Garnison	Primäre Syphilis und weicher Schanker	Secundäre Syphilis	Gonorrhoe	Kopfstärke der Garnisen	Primäre Syphilis und weicher Schanker	Secundäre Syphilis	Genorrhoe
2 443	185	57	434	2 418	159	87	359	2 199	162	45	274
4 351	504	148	782	4 928	422	133	925	4 668	289	103	586
4 481	317	189	587	4 489	284	127	699	4 024	163	100	457
4 892	432	128	563	5 003	233	122	474	5 261	271	112	465
7 894	638	255	784	9 879	760	283	992	10 598	668	331	1103
1 074	62	—	60	1 053	143	—	66	1 035	96	20	84
2 616	111	65	326	2 554	197	112	314	2 687	163	53	271
2 378	346	80	538	2 059	374	116	440	1 883	160	53	273
902	47	47	116	882	92	43	152	794	80	21	104
2 014	267	96	275	2 366	262	92	428	2 433	195	100	252
981	116	23	173	1 148	131	44	241	956	43	31	130
384	93	13	108	433	53	10	98	443	57	13	117
1 570	113	27	119	1 448	88	41	117	1 624	119	34	131
3 931	409	122	409	3 935	335	109	380	3 412	299	75	219
39 911	3640	1250	5274	42 595	3533	1319	5685	42 017	2765	1091	4466
—	**91**	**31**	**132**	—	**83**	**30**	**133**	—	**66**	**25**	**106**
1 105	65	43	182	976	101	53	145	998	129	60	185
4 380	705	—	330	4 353	645	—	326	4 155	597	142	271
1 228	91	11	268	824	76	14	149	661	40	26	52
498	31	16	48	416	44	29	34	483	41	12	41
968	27	9	93	1 242	44	18	104	1 035	53	3	66
800	130	23	227	801	86	26	152	644	94	17	93
1 021	181	28	244	1 142	132	62	129	914	146	49	100
1 065	93	35	192	883	77	47	161	874	150	45	178
1 024	65	21	132	1 118	51	17	91	1 055	63	18	87
1 077	75	14	101	867	41	15	87	872	101	19	70
855	100	14	91	899	103	27	103	755	41	9	36
679	58	12	70	548	21	13	53	553	23	6	62
5 373	695	193	656	4 898	680	201	579	4 293	772	213	549
516	46	19	36	519	29	3	123	446	23	3	66
—	—	110	—	—	—	193	—	—	—	—	—
20 589	2372	549	2670	19 486	2130	718	2236	17 739	2273	622	1856
—	**115**	**26**	**130**	—	**109**	**36**	**115**	—	**128**	**35**	**105**

Tabelle VI (3).

Erkrankungsziffer der Schanker, secundären Syphilis und Gonorrhoe während der Jahre

Militärstationen reglementirt	1870 Kopfstärke der Garnisen	1870 Primäre Syphilis und weicher Schanker	1870 Secundäre Syphilis	1870 Gonorrhoe	1871 Kopfstärke der Garnison	1871 Primäre Syphilis und weicher Schanker	1871 Secundäre Syphilis	1871 Gonorrhoe
Devonport and Plymouth .	2 208	85	29	262	3 200	159	49	614
Portsmouth	4 548	232	101	564	5 656	231	88	794
Chatam, Sheerness and Gravesend . .	4 115	192	74	434	4 719	309	79	659
Woolwich	5 569	241	88	547	5 814	336	63	754
Aldershot	11 235	757	370	1063	15 493	1011	298	1706
Windsor	1 070	72	16	53	1 046	81	12	55
Shorncliffe	2 145	80	47	157	2 938	87	44	245
Colchester	1 677	70	28	214	2 331	74	74	249
Winchester	441	27	9	27	752	22	20	75
Dover	2 477	75	64	223	2 759	70	40	238
Canterbury	732	111	26	129	985	37	20	243
Maidstone	205	14	10	35	338	15	8	19
Cork	1 885	129	46	149	2 345	129	37	213
Curragh	3 273	183	88	224	5 714	202	100	390
Total	41 580	2268	996	4081	54 090	2763	932	6254
per Mille	—	**55**	**23**	**98**	—	**51**	**17**	**116**
Nicht reglementirt:								
Isle of Wight	806	52	11	94	1 147	76	28	147
London	4 294	689	97	283	4 282	657	125	363
Warley	600	33	15	68	1 073	61	22	127
Hounslow	536	47	17	47	753	34	23	41
Pembroke Dock	772	42	18	89	1 057	30	24	98
Sheffield	689	53	12	90	730	92	21	153
Manchester	1 084	100	54	144	1 133	79	30	145
Preston	558	75	16	83	916	69	30	130
Edinburgh	1 056	105	35	124	1 106	76	33	98
Fermoy	1 271	118	50	65	1 230	41	9	46
Limerick	722	98	23	57	742	42	39	76
Athlone	482	21	9	57	493	23	10	37
Dublin	4 495	576	193	452	4 638	545	184	575
Belfast	487	21	5	70	657	40	14	101
Total	17 852	2022	555	1723	19 957	1865	592	2137
per Mille	—	**113**	**31**	**96**	—	**93**	**29**	**107**

Tabelle VI (3).
der 14 reglementirten und der 14 nicht reglementirten Stationen
1870 bis 1874.

1872				1873				1874			
Kopfstärke der Garnison	Primäre Syphilis und weicher Schanker	Secundäre Syphilis	Gonorrhoe	Kopfstärke der Garnison	Primäre Syphilis und weicher Schanker	Secundäre Syphilis	Gonorrhoe	Kopfstärke der Garnison	Primäre Syphilis und weicher Schanker	Secundäre Syphilis	Gonorrhoe
2 748	161	73	421	3 036	112	59	289	2 936	108	67	185
6 065	241	138	724	5 721	250	104	564	6 003	287	97	398
4 674	228	78	414	4 202	172	86	334	4 257	140	90	259
6 257	373	87	869	6 213	370	151	600	6 206	293	155	419
12 741	793	324	1332	11 821	852	291	1068	12 922	666	307	900
1 035	99	14	61	1 089	92	36	58	1 037	65	34	42
2 738	91	60	144	2 338	47	44	136	2 438	35	64	109
2 124	117	59	306	1 873	78	32	161	1 685	34	44	106
837	48	47	55	679	18	20	46	994	38	10	63
2 691	127	23	203	2 365	91	27	149	2 381	87	36	164
891	38	16	129	1 015	20	24	106	987	36	36	63
331	19	3	51	272	16	3	33	212	14	7	11
2 595	161	57	218	2 525	153	47	168	2 116	54	28	85
5 067	254	66	363	4 990	149	45	234	3 962	182	99	164
50 794	2752	1045	5290	48 039	2420	969	3946	48 136	2039	1074	2968
—	**54**	**20**	**104**	—	**50**	**20**	**82**	—	**42**	**22**	**62**
1 190	68	71	102	1 128	42	52	75	1 206	107	63	142
4 708	937	219	356	4 278	790	200	381	3 996	716	177	412
711	47	26	81	953	21	7	77	941	30	23	73
667	60	13	50	631	42	6	43	663	45	5	34
937	25	28	51	1 282	32	54	61	1 359	29	72	69
837	82	31	154	732	52	32	110	801	39	22	73
944	92	12	133	1 028	94	21	115	1 058	112	20	96
874	100	27	114	834	103	17	151	672	65	46	85
1 082	46	48	116	1 154	51	28	75	1 253	31	38	56
1 128	63	13	79	967	20	8	37	768	8	8	14
802	80	16	63	882	69	28	84	829	48	9	22
720	30	7	29	637	9	6	13	592	5	4	14
4 914	813	161	737	4 608	629	160	569	3 946	375	138	289
438	34	12	48	687	71	13	97	795	51	19	71
19 950	2457	684	2113	19 801	2095	632	1888	18 879	1661	644	1450
—	**123**	**34**	**106**	—	**102**	**31**	**95**	—	**88**	**34**	**77**

Tabelle VI (4).

Erkrankungsziffer der Schanker, secundären Syphilis und Gonorrhoe während der Jahre

Militärstationen reglementirt	1875 Kopfstärke der Garnison	1875 Primäre Syphilis und weicher Schanker	1875 Secundäre Syphilis	1875 Gonorrhoe	1876 Kopfstärke der Garnison	1876 Primäre Syphilis und weicher Schanker	1876 Secundäre Syphilis	1876 Gonorrhoe
Devonport and Plymouth .	2 575	75	64	157	2 658	71	58	247
Portsmouth	5 555	169	128	384	5 592	151	143	385
Chatam, Sheerness and Gravesend . .	4 542	75	106	226	4 588	151	117	282
Woolwich	5 605	330	210	392	5 783	241	178	470
Aldershot	12 934	600	289	814	12 055	563	322	901
Windsor	972	40	67	43	956	39	24	78
Shorncliffe	2 695	48	53	80	2 748	60	47	115
Colchester	2 248	72	53	180	2 631	80	22	190
Winchester	957	26	10	66	983	20	16	85
Dover	2 300	63	43	118	2 478	75	63	112
Canterbury	1 138	14	39	76	1 408	38	19	80
Maidstone	138	1	2	5	108	3	4	2
Cork	2 689	57	41	101	2 520	54	42	150
Curragh	4 258	147	90	183	4 112	76	66	205
Total	48 606	1717	1195	2825	48 620	1622	1121	3302
per Mille	—	**35**	**24**	**58**	—	**33**	**23**	**68**
Nicht reglementirt:								
Isle of Wight	1 222	109	73	68	1 139	61	37	73
London	3 897	730	185	373	3 735	545	170	366
Warley	819	30	11	70	824	42	13	79
Hounslow	660	16	6	29	666	50	8	39
Pembroke Dock	1 218	38	38	43	972	28	38	47
Sheffield	779	68	23	71	812	97	21	72
Manchester	1 068	95	50	115	1 063	120	45	162
Preston	749	43	71	54	819	63	77	86
Edinburgh	1 222	33	13	85	1 155	103	18	86
Fermoy	1 200	15	17	39	1 182	37	36	76
Limerick	903	23	13	29	802	38	14	41
Athlone	818	8	22	13	603	5	33	30
Dublin	4 267	311	276	370	4 062	310	224	459
Belfast	751	33	19	46	956	55	11	61
Total	19 573	1552	817	1405	18 790	1554	745	1677
per Mille	—	**79**	**41**	**72**	—	**82**	**39**	**89**

Tabelle VI (4).
der 14 reglementirten und der 14 nicht reglementirten Stationen
1875 bis 1879.

1877				1878				1879			
Kopfstärke der Garnison	Primäre Syphilis und weicher Schanker	Secundäre Syphilis	Gonorrhoe	Kopfstärke der Garnison	Primäre Syphilis und weicher Schanker	Secundäre Syphilis	Gonorrhoe	Kopfstärke der Garnison	Primäre Syphilis und weicher Schanker	Secundäre Syphilis	Gonorrhoe
2 934	83	71	239	3 227	111	53	322	2 210	74	39	195
4 575	124	94	335	5 733	84	119	372	4 127	110	72	290
5 080	219	88	429	5 734	280	130	586	4 135	209	104	326
6 246	179	213	395	6 435	244	318	506	5 320	234	310	274
14 416	657	282	978	13 775	730	253	1156	11 019	622	210	964
1 020	82	24	77	1 096	43	44	80	1 023	47	39	72
2 932	62	68	117	3 314	136	90	143	2 339	159	72	121
2 502	79	42	158	2 863	53	32	262	1 984	73	57	81
1 004	18	15	119	1 129	43	21	124	1 049	24	33	66
3 225	62	32	178	3 244	102	32	203	2 561	93	78	145
1 378	26	15	107	1 460	40	13	83	1 211	41	18	83
119	4	1	8	146	1	1	11	156	3	3	3
2 437	39	19	90	2 439	88	32	107	2 275	67	36	106
4 554	175	96	321	5 218	280	84	397	3 237	249	65	213
52 422	1809	1060	3551	55 813	2235	1222	4352	42 646	2005	1136	2939
—	**35**	**20**	**68**	—	**40**	**21**	**78**	—	**47**	**26**	**69**
1 092	56	43	95	1 311	66	56	79	887	50	20	45
3 979	660	170	598	4 246	1060	262	640	4 284	743	182	491
1 129	67	11	138	722	101	19	116	440	53	20	24
621	30	16	39	774	31	22	48	751	14	14	18
863	14	8	56	963	12	3	44	862	13	6	36
881	56	30	90	840	81	29	137	689	91	44	139
1 198	157	69	214	1 199	246	42	212	825	169	39	100
848	65	71	98	965	70	55	141	666	38	63	79
1 122	53	43	74	1 366	98	50	137	1 188	95	53	131
886	26	23	42	694	18	24	52	811	27	12	68
845	63	11	79	918	78	30	96	755	21	18	46
709	25	24	41	760	22	38	54	647	10	9	34
4 131	425	156	574	5 067	779	238	639	4 477	523	190	422
772	33	18	96	924	61	5	113	776	96	21	86
19 076	1730	693	2234	20 749	2723	873	2508	18 508	1943	691	1719
—	**91**	**36**	**117**	—	**131**	**42**	**121**	—	**108**	**38**	**95**

Tabelle VI (5).

Erkrankungsziffer der Schanker, secundären Syphilis und Gonorrhoe während der Jahre

Militärstationen	1880 Kopfstärke der Garnison	1880 Primäre Syphilis und weicher Schanker	1880 Secundäre Syphilis	1880 Gonorrhoe	1881 Kopfstärke der Garnison	1881 Primäre Syphilis und weicher Schanker	1881 Secundäre Syphilis	1881 Gonorrhoe
reglementirt								
Devonport and Plymouth .	2 632	132	71	412	2 176	111	69	258
Portsmouth	4 435	338	110	537	3 863	220	96	490
Chatam, Sheerness and Gravesend . .	4 031	250	86	397	3 784	239	44	368
Woolwich	5 308	390	472	423	4 032	256	346	268
Aldershot	11 068	823	194	1172	10 730	1076	180	1013
Windsor	989	105	66	78	1 025	167	55	74
Shorncliffe	2 499	215	57	140	1 617	55	35	115
Colchester	2 145	93	53	196	2 269	192	24	301
Winchester	865	39	11	76	629	33	20	62
Dover	2 286	113	38	192	2 042	102	24	142
Canterbury	1 224	92	18	99	1 169	101	25	171
Maidstone	209	9	3	27	220	10	7	25
Cork	1 955	140	36	168	2 083	110	40	96
Curragh	4 380	541	116	470	3 919	248	102	438
Total	44 026	3280	1331	4387	39 558	2920	1067	3821
per Mille	—	**74**	**30**	**100**	—	**74**	**26**	**97**
Nicht reglementirt:								
Isle of Wight	1 013	70	12	78	835	62	10	95
London	4 445	1001	223	625	4 419	967	248	507
Warley	479	32	14	31	297	36	4	43
Hounslow	873	102	12	63	818	99	17	59
Pembroke Dock	721	46	21	64	882	85	42	76
Sheffield	664	102	37	88	680	190	28	138
Manchester	943	219	66	170	936	213	61	169
Preston	716	70	22	159	614	64	13	44
Edinburgh	1 112	83	48	132	1 205	113	37	111
Fermoy	513	48	11	33	1 137	95	18	91
Limerick	763	47	16	98	1 062	152	56	86
Athlone	655	32	8	35	832	30	19	54
Dublin	4 357	940	140	605	4 877	1261	208	753
Belfast	800	218	38	124	1 049	192	43	177
Total	18 054	3010	668	2305	19 643	3559	804	2403
per Mille	—	**167**	**37**	**128**	—	**181**	**40**	**122**

Tabelle VI (5).
der 14 reglementirten und der 14 nicht reglementirten Stationen
1880 bis 1884.

1882				1883				1884			
Kopfstärke der Garnison	Primäre Syphilis und weicher Schanker	Secundäre Syphilis	Gonorrhoe	Kopfstärke der Garnison	Primäre Syphilis und weicher Schanker	Secundäre Syphilis	Gonorrhoe	Kopfstärke der Garnison	Primäre Syphilis und weicher Schanker	Secundäre Syphilis	Gonorrhoe
2 414	179	27	427	2 560	310	54	452	2 210	291	46	287
4 015	247	88	485	4 219	385	69	417	4 355	603	88	594
4 103	290	60	416	3 002	253	49	309	3 150	445	71	420
4 445	284	94	271	4 398	374	53	313	4 323	572	97	377
10 642	1228	232	1319	9 110	1444	343	1072	9 201	1729	317	954
954	110	68	56	961	78	50	68	1 001	67	28	85
1 718	84	47	131	1 649	155	56	96	1 516	138	27	101
2 276	140	55	203	2 244	265	57	260	2 256	327	65	238
713	47	27	62	1 102	63	22	108	1 154	78	21	80
2 152	61	55	122	2 137	135	48	140	1 667	128	47	152
1 391	75	28	179	1 483	114	27	186	1 259	154	26	118
199	10	5	8	205	5	6	11	177	9	7	11
2 111	140	54	96	2 078	177	67	135	2 199	205	56	166
4 650	380	100	424	3 041	414	60	221	3 391	489	74	235
41 783	3275	940	4199	38 089	4172	961	3788	37 859	5235	970	3818
—	**78**	**22**	**100**	—	**110**	**25**	**99**	—	**138**	**25**	**101**
773	95	21	88	806	92	21	73	917	51	14	85
4 419	813	181	411	4 367	1120	197	499	3 987	672	214	540
542	92	19	86	516	88	9	89	415	66	9	77
750	48	12	48	800	61	15	42	841	76	19	46
891	62	19	60	769	72	10	71	809	67	30	27
646	170	24	144	558	101	29	89	590	125	36	95
992	285	39	244	805	213	47	195	771	173	60	121
728	50	13	51	455	25	11	49	454	39	22	69
1 059	108	34	117	855	83	23	77	1 018	110	28	172
1 030	71	33	50	978	60	8	59	1 179	84	20	53
1 215	99	21	98	1 144	131	39	104	1 088	61	42	69
782	12	23	48	677	9	23	38	696	22	17	46
4 841	1474	282	1044	4 721	1249	368	946	5 054	1315	373	974
781	102	18	129	823	137	10	112	816	119	32	168
19 449	3481	739	2618	18 274	3441	810	2443	18 635	2980	916	2542
—	**179**	**37**	**135**	—	**188**	**44**	**134**	—	**160**	**49**	**136**

denkung des Gesammtstoffes vom Standpunkte vornehmer Vorurtheilslosigkeit, zahlreiche eigene Ideen, Untersuchungen und Darstellungsweisen, sowie sinnreiche, meist vom Autor selbst componirte Abbildungen machen den bleibenden Werth desselben aus. *Lassar.*

Monatshefte f. prakt. Dermatologie:

. . . Es muss deshalb eine solche allgemeine Dermatologie nach beiden Seiten — Dermatologie und allgemeine Pathologie — befruchtend wirken, und, um es gleich zu sagen, das vorliegende Werk ist ganz dazu angethan, in dieser Beziehung seinen Zweck zu erfüllen. Mit grosser Vertiefung ist die allgemeine Pathologie, welche den grössten Theil des Werkes einnimmt, bearbeitet, und gediegenes Wissen spricht aus demselben . . . . *Jessner.*

Centralblatt für allg. Pathologie u. patholog. Anatomie:

Die Darstellung des Verfassers ist überall klar und kurz. Das ist aber nicht der einzige Vorzug, der dem Buche nach Ansicht des Referenten einen zweifellosen Erfolg sichert.

Vielmehr ist der Gedanke, die Erkrankungen der Haut von allgemein pathologischen Gesichtspunkten aus zu behandeln, gerade in der gegenwärtigen Zeit ein besonders glücklicher. Die pathologisch-anatomischen Untersuchungen über Hautkrankheiten sind in den letzten Jahren so zahlreich geworden und so ins Detail gegangen, dass die von dem Verfasser gewählte Form der Darstellung besonders geeignet erscheint, das bisher Geleistete in übersichtlicher Form zusammenzufassen, dem Verständniss näher zu bringen und so das Studium der speciellen pathologischen Anatomie der Haut wesentlich zu erleichtern. *v. Kahlden.*

The Lancet:

We know of no book in the English language, and, indeed no book of such moderate size in any language, which has precisely the scope and aim of the one before us. We are, indeed, sadly lacking in short but thorough introductory treatises of the kind. No one after reading Dr. Kromayer's lectures can fail to bring to the diagnosis and treatment of skin diseases a clearer mind and a more rational and scientific spirit. We can recommend it heartily to all who can read it in the original, and we trust that it may be worth someone's while to translate it for the benefit of those who are unfamiliar with German.

Verlag von Gebrüder Borntraeger in Berlin SW. 46, Schönebergerstr. 17a.

Berl. Klinische Wochenschrift:

... es giebt wohl wenig Aerzte, die nicht im Beginn wie im späteren Verlauf ihrer Praxis einsehen lernen, wie viel während ihres Studiums versehen wurde, als man sie nicht mit den Grundprincipien der Dermatologie bekannt machte. Gerade dieses Sehenlernen ist für den Studirenden eine wesentliche Vorbedingung für alle späteren Erfahrungen, welche er sich auf dem Gebiete der pathologischen Anatomie, der inneren Medicin, der Chirurgie aneignen soll. Von diesem Gesichtspunkte aus verdient besonders das vorliegende Lehrbuch Kromayer's die allgemeinste Verbreitung, da es unternimmt, die Grundbegriffe der allgemeinen Pathologie auf das Studium der Hautkrankheiten auszudehnen. *M. Joseph.*

Centralblatt f. d. medic. Wissenschaften:

... Das Buch als Ganzes betrachtet, scheint dem Ref. seiner gesammten Anlage nach, und wegen der hervorragend klaren, unfruchtbare Weitschweifigkeiten glücklich umgehenden und deshalb stets das Interesse wachhaltenden, flottgeschriebenen Darstellung ganz geeignet und berufen, viele dankbare Leser zu gewinnen und wirklich Nutzen zu stiften.

H. Müller.

Annales de Dermatologie et Syphiligraphie:

... Kromayer a cherché dans cet ouvrage à appliquer les données fondamentales de la pathologie générale à l'étude des maladies de la peau. Son livre sera utile à consulter sous beaucoup de rapports, aussi ne saurions-nous trop le recommander. Quelques points sont discutables, mais l'ensemble présente certainement un cachet très personnel et contribuera à augmenter encore le fonds de notre littérature spéciale.

A. Doyen.

Giornale italiano delle malattie veneree e della pella:

... L'A. ha saputo essere chiaro, simplice, sintetico, così da dare una guida preziosa, che serva fondamento allo studio particulareggiato delle affezioni cutanee. *Pizzini.*

Die Praxis:

... dass es ein wirkliches Bedürfniss nicht nur für den Specialisten, sondern auch für den praktischen Arzt ist, die so geklärten Fragen an der Hand eines ausführlicheren, zweckmässig geschriebenen Werkes zu studiren. Und diesem Bedürfniss entsprechen die Vorlesungen Kromayer's vollkommen, zumal sie flott und klar geschrieben sind, und der Stoff

übersichtlich angeordnet ist. . . . Besonders glücklich sind die Kapitel über die allgemeine Therapie der Hautkrankheiten geschrieben, und wir weisen speciell auf das verständnissvolle Schlusswort des Verf. hin, wo mit der Begründung auf die guten alten Mittel, wie S., Hg., Theer etc. hingewiesen wird, dass wir mit der möglichst vollkommenen Beherrschung derselben auch Besseres zu leisten vermögen. Ein rechter Appell zu einer Zeit, in der dem medicinischen Publikum fast allwöchentlich eine Reihe neuer Arzneimittel mitunter in recht kritikloser Weise empfohlen wird.

Zum Schluss sei noch die ganz vortreffliche Ausstattung des Buches und die gute Ausführung der zahlreichen Textfiguren und Tafeln lobend hervorgehoben.

Zeitschr. f. praktische Aerzte:

. . . sehr verdienstvoll sind die drei letzten Vorlesungen, welche den dritten Hauptabschnitt über die allgemeine Therapie bilden. K. unterscheidet 3 Hauptindicationen: 1) Ruhigstellung der Haut (für die Entzündungen), 2) Reduction der pathologischen Vorgänge (für die Flechten), 3) Vernichtung neugebildeten Gewebes (für die Neubildungen). Die genauere Ausführung dieser allgemeinen Indicationen berührt deshalb so wohlthuend, weil sich eine glückliche Combination im Festhalten alter bewährter Methoden mit streng kritischer Sichtung der unzähligen und so oft kritiklos empfohlenen neuen Mitteln und Methoden geltend macht . . .

Tonton.

Medicin.-chirurg. Centralblatt:

Der Büchermarkt ist gegenwärtig überschwemmt von Werken, die auf den Namen moderner Fachwerke Anspruch erheben und die mit wenig Ausnahmen mehr weniger sorgfältig ausgearbeitete und vielleicht anders, wenn auch nicht besser angeordnete Extracte altbewährter Meisterwerke sind mit einer allerneuesten Zuthat. Vergebens späht man nach einem Autor, der einmal von einem neuen Standpunkte sein Thema behandelt, ohne sclavische Anklammerung an die Alten. Dies gilt namentlich von den „Lehrbüchern". Gediegene Kritik, eine neue Anordnung und Beleuchtung des Stoffes ist nicht zu finden.

Mit um so grösserer Freude müssen wir demnach einen Autor begrüssen, der mit der hergebrachten Schablone bricht und ein Buch schreibt, wie er will und nicht, wie es Brauch ist. Ein solcher ist Kromayer. Er bietet uns in seiner „allgemeinen Dermatologie" sozusagen eine kritische Darstellung des Gebietes der Hautkrankheiten. Während wir bisher gewohnt waren, nach der üblichen Einleitung über Anatomie

die einzelnen Krankheiten in separaten Capiteln vorgeführt zu finden und in ihnen quasi kleine Monographien, geht K. anders vor. Er bringt uns die pathologische Anatomie mit ihren Capiteln: Hyperaemie, Anaemie, Oedem, Haemorrhagie, Entzündung, „Flechtung“, Regeneration und Hypertrophie, Atrophie, Pigmentirung, Neubildung, Schwärung. Nach eingehender Würdigung der pathologischen Vorgänge in der Haut kommt er auf die mannigfachen Formen zu sprechen, die sich aus diesen abnormen Veränderungen ergeben können, ohne sich auf langathmige Schilderung dieses schuppenden, jenes nässenden Ausschlages einzulassen, unter steter Berücksichtigung des differentialdiagnostischen Momentes. In den einzelnen Capiteln kommen sämmtliche zusammengehörige Erkrankungen zur Sprache; es baut sich synthetisch aus den Symptomen die Diagnose auf. Ausgerüstet mit der genauesten Kenntnis der pathologischen Vorgänge, fussend auf einer möglichst grossen praktischen Erfahrung, vor allem aber begabt mit klinischem Blick, der rasch erfasst und gleich zur Erwägung treibt, kann erst der Arzt ein guter Dermatologe sein. Das ist, wenn wir den Vorgang richtig erfasst haben, die leitende Idee des Buches.

Die überraschende Anordnung des Stoffes ist unseres Wissens ganz neu und fordert völlige Anerkennung.

Auch das Capitel der Therapie ist in demselben übersichtlichen Stile gehalten. Wir wissen nach seinem Studium, wann wir entzündungsdämpfend, wann reizend etc. vorzugehen haben, welche Mittel uns zu Gebote stehen und wann wir dieses, wann jenes zu verwenden haben. Mit einem Worte, wir finden die sichere Orientirung in dem grossen Baue, wir lernen sehen und richtig handeln.

Eines scheint uns jedoch festzustehen. Einen vollen Nutzen erreicht man von dem Buche dann, wenn man über die Anfangsgründe der Hautkrankheiten hinaus ist, wenn man die vielen Bilder, die man sich praktisch einprägt, sichten lernen will. Es wird demnach dem Studirenden, der in den Vorlesungen viele Fälle gesehen und besprochen gehört hat, ein ausgezeichnetes Vorbereitungsbuch für das Examen, dem Arzte eine originelle, mit viel Verstand verfasste Lectüre sein.

Hinsichtlich der Ausstattung lässt sich nur sagen, dass das Buch allen modernen Anforderungen entspricht, die an ein solches immer gestellt werden können, dass es ein Musterwerk ist, an das die Verleger ihr Bestes gesetzt haben.

Die ausgezeichneten Bilder, Holzschnitte und Heliogravuren verschönern es auch in hohem Maasse. *H. W.*

Grundprobleme der Naturwissenschaft



Briefe eines unmodernen Naturforschers

von

Dr. Adolf Wagner.

„Die gemeinsten Meinungen und was jedermann für ausgemacht hält, verdiente oft am meisten untersucht zu werden."
Lichtenberg.



In vornehmen Leinenband gebunden 5 Mark.

Auf der einen Seite mit Enthusiasmus aufgenommen, von der andern Seite nicht minder lebhaft bekämpft, erregen diese „Briefe eines unmodernen Naturforscher" nach wie vor in weitesten Kreisen Aufsehen.

In klarer, lebendiger und abwechselungsreicher Darstellung, gewürzt durch starke, von bester Überzeugung geleitete Opposition gegen herrschende Vorurteile giebt der Verfasser in obiger Arbeit untereinander zusammenhängende Betrachtungen über die principiellen Anschauungen unserer modernen Naturwissenschaft.

Das Buch hat bei vielen starken Widerspruch erregt, bei vielen lebhafteste Anerkennung gefunden — aber alle wissen dem Verfasser Dank, dass er das angeblich so solide Fundament des modernen wissenschaftlichen Materialismus kritisch beleuchtet und ihm mutig zu Leibe geht.

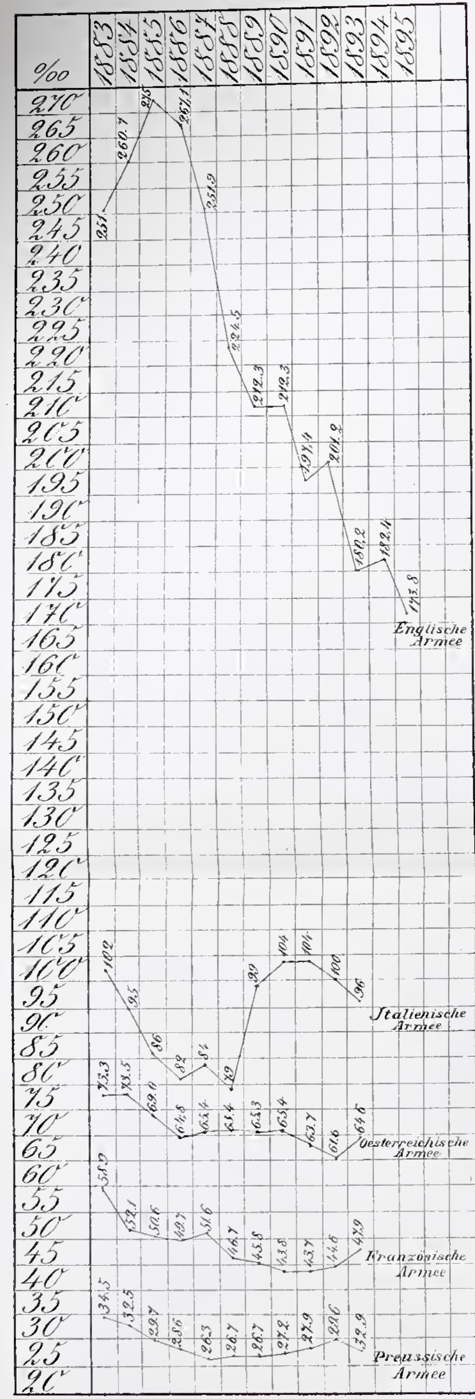
Ausführliche Prospecte sendet die Verlagshandlung gratis und franco.

Halle a. S., Buchdruckerei des Waisenhauses.

Curventafel II.

Curventafel I.

Curven der ‰ Zahlen venerischer Erkrankungen der preussischen, französischen, italienischen, englischen Armee in den Jahren von 1883 bis 1893 (5).



Th. Hennig, Berlin S.W.

Curventafel III.

Curven nach ‰-Zahlen der venerischen Erkrankungen in der englischen Armee von 1860 — 1895:

——— Schanker; -+-+-+-+- Gonorrhoe; -·-·-·-·- secundäre Syphilis der 14 reglementirten Stationen; - - - - - - Schanker; - - - - - - Gonorrhoe; -∘-∘-∘- secundäre Syphilis der 14 nicht reglementirten Stationen; ∘———∘ Gonorrhoe; -×-×-×- Schanker der nicht reglementirten Stationen mit Ausnahme der 14 grösseren; ⊥⊥⊥⊥ Schanker der ganzen Armee; ⊤⊤⊤⊤ Gonorrhoe der ganzen Armee.

‰
1861
1862
1863
1864
1865
1866
1867
1868
1869
1870
1871
1872
1873
1874
1875
1876
1877
1878
1879
1880
1881
1882
1883
1884
1885
1886
1887
1888
1889
1890
1891
1892
1893
1894
1895

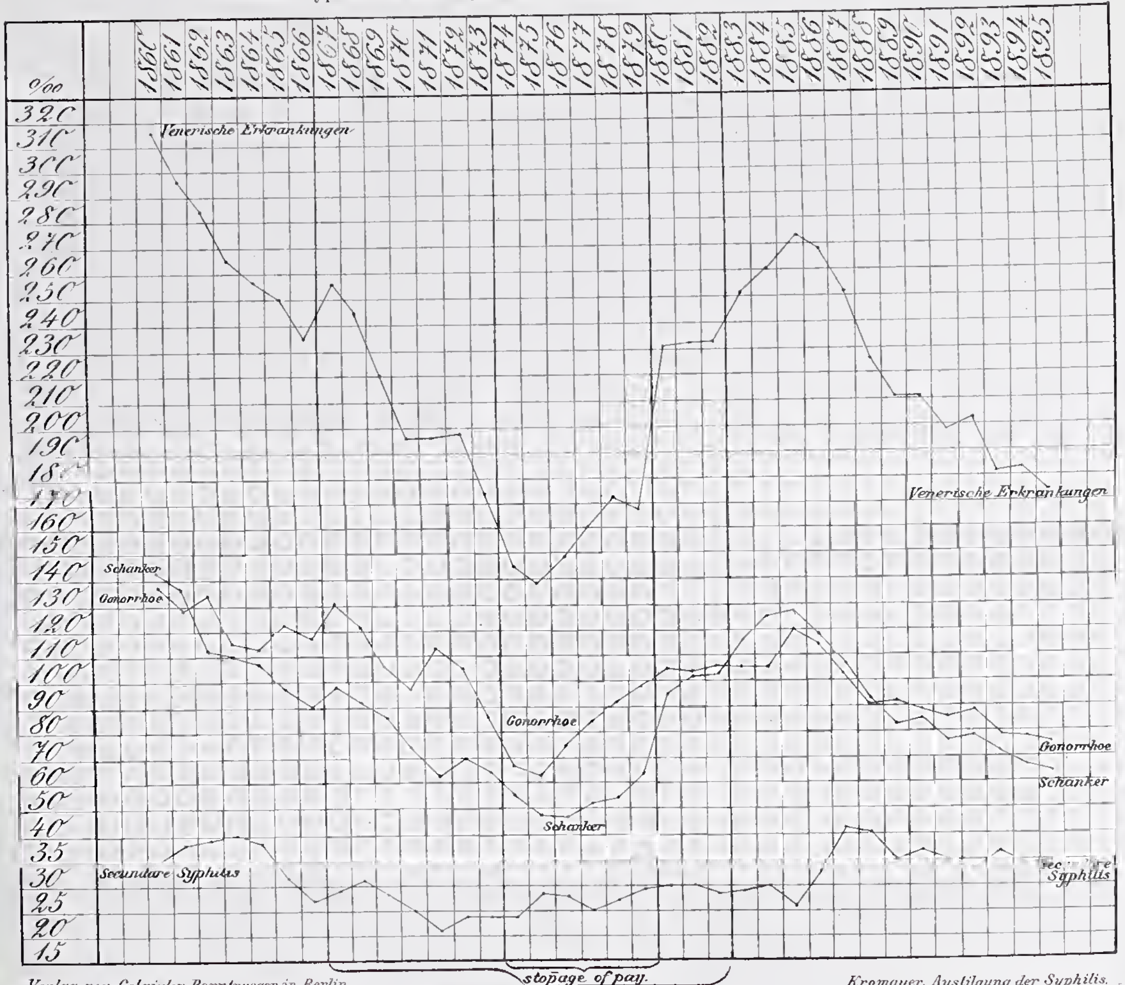
Contagious diseases act.
Stoppage of pay
Schanker der nicht regl. 14 Stat.
Schanker der regl. Stationen
Gonorrhoe der regl. Stationen
Gonorrhoe d. 14 nicht regl. Stat.
Schanker der 14 nicht regl. Stationen
Gonorrhoe d. 14 nicht regl. Stationen
Schanker der ganzen Armee
Schanker d. 14 regl. Stat.
Gonorrhoe der regl. Stat.
Gonorrhoe der nicht regl. Stat. mit Ausnahme der 14.
Schanker der nicht regl. Stationen mit Ausnahme der 14 grösseren
Gonorrhoe der ganzen Armee.
sec. Syph. der 14 nicht regl. Stat.
Syphilis der regl. Stationen
Syphilis d. nicht regl. Stationen
sec. Syph. der 14 regl. Stat.

Verlag von Gebrüder Borntraeger in Berlin.

Kromayer, Austilgung der Syphilis

Curventafel II.

Curven der ‰-Zahlen der venerischen Erkrankungen insgesamt, der Schanker, der Gonorrhoe, der secundären Syphilis in der englischen Armee in den Jahren von 1860 bis 1895.

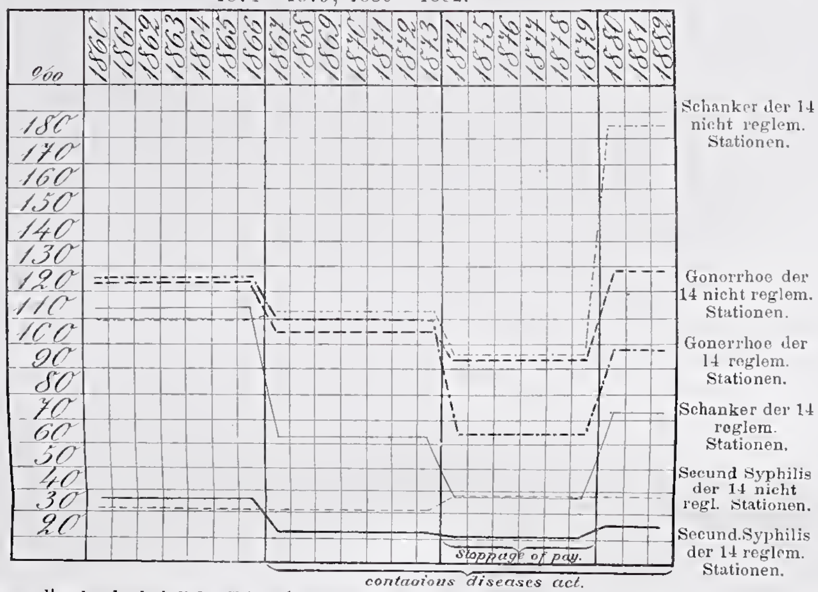


Verlag von Gebrüder Borntraeger in Berlin.

Kromayer, Austilgung der Syphilis.

Curventafel IV.

Curven der durchschnittlichen ‰-Erkrankungen an Schanker ‑·‑·‑·‑; Gonorrhoe ‑‑‑‑‑; secundärer Syphilis ———— in den 14 reglementirten Stationen ═══ und in den 14 nicht reglementirten Stationen ‑‑‑‑ der Jahresabschnitte 1860—1866; 1867—1873; 1874—1879; 1880—1882.



Von 1860 — 1866 betrug die durchschnittliche Erkrankungsziffer der Schanker in den reglementirten Stationen 113‰
" " " " " " " " " " " 14 nicht " " 110‰
" " " " " " " der secundären Syphilis in den reglementirten " 36‰
" " " " " " " " " " " " 14 nicht " " 32‰
" " " " " " " " Gonorrhoe in den roglementirten " 126‰
" " " " " " " " " " " 14 nicht reglem. " 125‰
Von 1867 — 1873 betrug die durchschnittliche Erkrankungsziffer der Schanker in den reglementirten Stationen 64‰
" " " " " " " " " " " 14 nicht " " 112‰
" " " " " " " der secundären Syphilis in den reglementirten " 23‰
" " " " " " " " " " " " 14 nicht " " 31‰
" " " " " " " " Gonorrhoe in den reglementirten " 110‰
" " " " " " " " " " " 14 nicht " " 107‰
Von 1874 — 1879 " " " " " Schanker in den reglomentirten " 38‰
" " " " " " " " " " " 14 nicht " " 96‰
" " " " " " " " secundären Syphilis in den reglementirten " 22‰
" " " " " " " " " " " " 14 nicht " " 38‰
" " " " " " " " Gonorrhoe in den reglementirten " 65‰
" " " " " " " " " " " 14 nicht " " 95‰
Von 1880 — 1882 " " " " " Schanker in den reglementirten " 75‰
" " " " " " " " " " " 14 nicht " " 175‰
" " " " " " " " secundären Syphilis in den reglementirten " 26‰
" " " " " " " " " " " " 14 nicht reglem " 38‰
" " " " " " " " Gonorrhoe in den reglementirten " 99‰
" " " " " " " " " " " 14 nicht " " 128‰

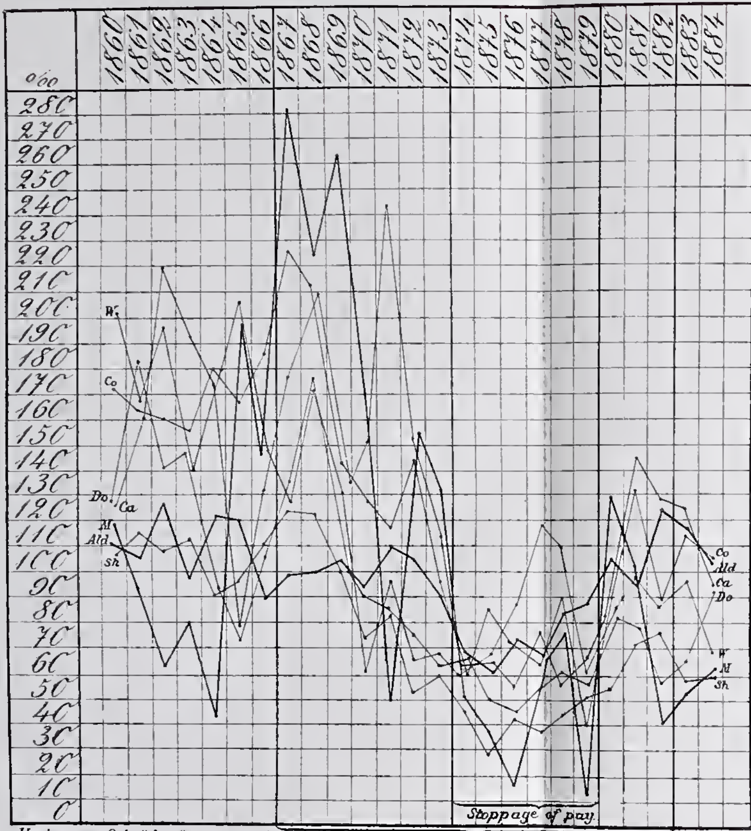
Verlag von Gebrüder Borntraeger in Berlin.

Kromayer, Austilgung der Syphilis

Th. Henning, Berlin, S.W.

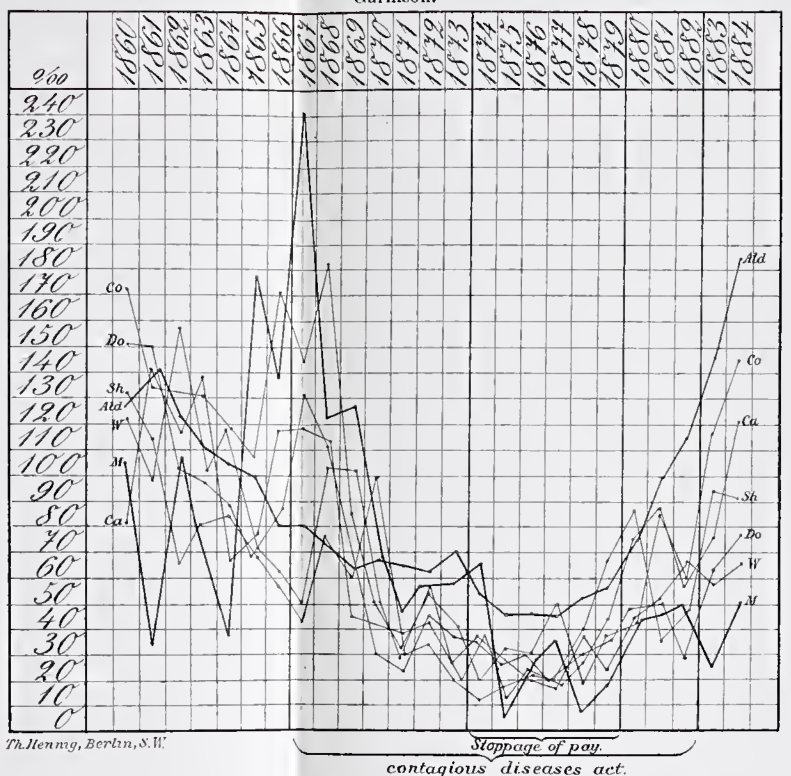
Curventafel VI.

Gonorrhoecurve der reglementirten Stationen Aldershot (Ald), Shorecliffe (Sh), Colchester (Co), Winchester (W), Dover (Do), Canterbury (Ca), Maidstone (M) in den Jahren 1866—1884 in ‰-Zahlen, ausgerechnet nach den Tabellen aus Kopfstärke der einzelnen Garnison und absoluter Erkrankungsziffer. Maidston (dicker Strich) kleinste Garnison; Aldershot (dicker Strich) grösste Garnison.



Curventafel V.

Schankercurven der reglementirten Stationen Aldershot (Ald), Shorecliffe (Sh), Colchester (Co), Winchester (W), Dover (Do), Canterbury (Ca), Maidstone (M) in den Jahren 1866—1884 in ‰-Zahlen, ausgerechnet nach den Tabellen aus Kopfstärke der einzelnen Garnison und absoluter Erkrankungsziffer. Maidston (dicker Strich) kleinste Garnison; Aldershot (dicker Strich) grösste Garnison.



Curventafel VII.

Schankercurve der nicht reglementirten Stationen London (Lo), Hounslow (Ho), Manchester (Ma), Athlone (At), Dublin (Du), Belfast (Be) in den Jahren 1867—1884 in ‰-Zahlen, ausgerechnet nach den Tabellen aus Kopfstärke der einzelnen Garnison und absoluter Erkrankungsziffer.

